

Министерство образования и науки Российской Федерации  
Федеральное государственное бюджетное образовательное  
учреждение высшего образования  
«Уральский государственный педагогический университет»  
Институт специального образования

Кафедра специальной педагогики и специальной психологии

**Психологическая коррекция негативных эмоциональных состояний у  
детей подросткового возраста с задержкой психического развития**

Выпускная квалификационная работа  
44.04.03 Специальное (дефектологическое) образование  
Профиль «Специальная психология»

Квалификационная работа  
допущена к защите  
Зав. кафедрой  
к.п.н., профессор О. В. Алмазова

\_\_\_\_\_  
дата                      подпись

Исполнитель:  
Тарасян Любава Алексеевна,  
обучающийся БС-41 группы

\_\_\_\_\_  
подпись

Научный руководитель  
Алмазова Светлана Леонидовна,  
к.пс.н., доцент кафедры  
специальной педагогики  
и специальной психологии

\_\_\_\_\_  
подпись

Екатеринбург 2018

## СОДЕРЖАНИЕ

ВВЕДЕНИЕ.....	4
ГЛАВА 1. ТЕОРЕТИЧЕСКИЙ АНАЛИЗ НАПРАВЛЕНИЯ НЕГАТИВНЫХ ЭМОЦИОНАЛЬНЫХ СОСТОЯНИЙ У ДЕТЕЙ ПОДРОСТКОВОГО ВОЗРАСТА С ЗАДЕРЖКОЙ ПСИХИЧЕСКОГО РАЗВИТИЯ.....	8
1.1. Описание негативных эмоциональных состояний человека.....	8
1.2. Особенности негативных эмоциональных состояний детей подросткового возраста.....	13
1.3. Особенности негативных эмоциональных состояний детей подросткового возраста с задержкой психического развития.....	21
ГЛАВА 2. ИЗУЧЕНИЕ ЭМОЦИОНАЛЬНЫХ СОСТОЯНИЙ У ДЕТЕЙ МЛАДШЕГО ШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА С ЗАДЕРЖКОЙ ПСИХИЧЕСКОГО РАЗВИТИЯ .....	26
2.1. Описание диагностического инструментария для изучения негативных эмоциональных состояний у детей подросткового возраста с задержкой психического развития.....	26
2.2. Описание базы исследования и контингента испытуемых.....	30
2.3. Анализ результатов констатирующего этапа эксперимента по изучению эмоциональных состояний у детей подросткового возраста с задержкой психического развития.....	33
ГЛАВА 3. ПЛАНИРОВАНИЕ РАБОТЫ ПО КОРРЕКЦИИ НЕГАТИВНЫХ ЭМОЦИОНАЛЬНЫХ СОСТОЯНИЙ У ДЕТЕЙ ПОДРОСТКОВОГО ВОЗРАСТА С ЗАДЕРЖКОЙ ПСИХИЧЕСКОГО РАЗВИТИЯ.....	46
3.1. Обзор психологических направлений по преодолению негативных эмоциональных состояний у детей подросткового с задержкой психического развития.....	46

3.2. Программа коррекционных занятий для преодоления негативных эмоциональных состояний у детей подросткового возраста с задержкой психического развития.....	52
3.3. Анализ динамики эмоциональных состояний у детей подросткового возраста с задержкой психического развития по результатам коррекционной работы.....	59
3.4. Методические рекомендации для педагогов по оптимизации эмоциональной сферы у детей подросткового возраста с задержкой психического развития.....	76
ЗАКЛЮЧЕНИЕ.....	83
СПИСОК ИСТОЧНИКОВ И ЛИТЕРАТУРЫ.....	85
ПРИЛОЖЕНИЯ .....	

## ВВЕДЕНИЕ

Эмоциями называются психические процессы, в которых человек переживает свое отношение к тем или иным явлениям окружающей действительности; в эмоциях получают свое субъективное отражение также различные состояния организма человека, его отношение к собственному поведению и к своей деятельности.

Регуляция эмоций и чувств очень сложный процесс, редко подвластный регулированию со стороны человека испытывающего их, что же можно говорить о детях подросткового возраста. Из-за резких, качественных изменений, затрагивающих все стороны развития детей этого возраста, эмоциональная сфера становится особенно неустойчивой, влияют такие факторы как анатомо-физиологическая перестройка организма, переход к новой социальной роли в обществе, отсутствие опыта переживания эмоций в новой ведущей деятельности – общение со сверстниками. В результате выше перечисленного может возникнуть предрасположенность к переживанию негативных эмоциональных состояний, нежели позитивных.

Данные факторы усложняют жизнь нормально развивающегося ребенка подросткового возраста, тоже отмечается и у детей подросткового возраста с ограниченными возможностями здоровья, но в более выраженной форме. В последнее десятилетие все более широкий масштаб во всем мире приобретает изучение детей с задержкой психического развития (далее – ЗПР), в нашей стране этим вопросом занимались Т. А. Власова, В. И. Лубовский, Г. Р. Новикова, М. С. Певзнер, Н. А. Цыпина, В. Ф. Шалимов, и другие. По данным Министерства образования РФ, за последние 10 лет количество детей с ЗПР увеличилось в 2 раза. К 2000 году число детей дошкольного возраста с ЗПР составляло 25% от детской популяции [2].

**Актуальность** этой проблемы в первую очередь обусловлена тем, что в меньшей степени была исследована эмоциональная сфера детей с задержкой психического развития, изучением этого вопроса занимались Н. Л. Белопольская, Т. А. Власова, И. Ю. Кулагина, Л. В. Кузнецова, М. С. Певзнер, Н. А. Солдатова и другие. Исследования подверженности к возникновению, этапы протекания подобных состояний у детей подросткового возраста ЗПР не распространены. О негативных эмоциональных состояниях детей данного возраста с ЗПР речь идет лишь в незначительном количестве работ А. И. Захарова, М. Н. Кондратьевой, И. А. Конева, М. С. Певзнер, Е. А. Селивановой, Г. Е. Сухаревой, Н. Ю. Юдиной и других. В обосновании актуальности выбранной темы, главным является то, что формирование адекватных эмоций, воспитание нравственных, эстетических чувств содействует более совершенному отношению подростка с ЗПР к окружающему миру, и обществу, способствует становлению гармонически развитой личности.

**Цель** исследования – изучить негативные эмоциональные состояния у детей подросткового возраста с задержкой психического развития и осуществить их психологическую коррекцию.

**Объект** исследования – эмоциональные состояния детей подросткового возраста задержкой психического развития.

**Предмет** исследования – психологическая коррекция негативных эмоциональных состояний детей подросткового возраста с задержкой психического развития.

**Задачи** исследования:

1. Проанализировать психолого-педагогическую литературу по теме: «Психологическая коррекция негативных эмоциональных состояний у детей подросткового возраста с ЗПР».
2. Описать методы и методики для диагностики негативных эмоциональных состояний детей подросткового возраста с ЗПР.
3. Описать негативные эмоциональные состояния детей

подросткового возраста с ЗПР;

4. Описать направления по преодолению негативных эмоциональных состояний у детей подросткового возраста с ЗПР;

5. Составить и апробировать программу коррекционных занятий для преодоления негативных эмоциональных состояний у детей подросткового возраста с ЗПР;

6. Составить рекомендации по коррекции негативных эмоциональных состояний у детей подросткового возраста с ЗПР.

**Гипотеза** исследования. Предполагается, что психологическая коррекция негативных эмоциональных состояний у детей подросткового возраста с ЗПР будет продуктивна, если осуществляется посредством групповой работы с элементами тренинга.

**Методы** исследования:

1. Теоретические:

– анализ психолого-педагогической литературы и данных эксперимента;

– сравнение полученных данных;

– обобщение данных эксперимента.

2. Эмпирические:

– опрос;

– проективный метод;

– констатирующий эксперимент.

**Методики:**

– методика «Восьмицветовой тест Люшера» М. Люшера;

– методика опросник «Самооценка психических состояний личности»

Г. Айзенка;

– методика «Опросник, определяющий склонность к развитию стресса»

Т. А. Немчина и Дж. Тейлора;

– методика «Определение склонности к фрустрации» В. В. Бойко.

**База исследования:** исследование проводилось на базе ГКОУ СО

«Екатеринбургская школа-интернат № 9, реализующая адаптированные основные общеобразовательные программы». Рассматривались особенности негативных эмоциональных состояний 11 детей 6 «А» и «Б» классов (возраст 12-13 лет).

**Структура работы:** введение, три главы, заключение, список источников и литературы (50 источников), 16 приложений. Общий объем работы – 90 страниц печатного текста, работа иллюстрирована 26 таблицами и 16 рисунками (диаграммами).

# ГЛАВА 1. ТЕОРЕТИЧЕСКИЙ АНАЛИЗ ПРОБЛЕМЫ НЕГАТИВНЫХ ЭМОЦИОНАЛЬНЫХ СОСТОЯНИЙ У ДЕТЕЙ ПОДРОСТКОВОГО ВОЗРАСТА С ЗАДЕРЖКОЙ ПСИХИЧЕСКОГО РАЗВИТИЯ

## 1.1. Описание негативных эмоциональных состояний человека

Область негативных эмоциональных состояний недостаточно изучена в общей и специальной психологии. Однако, влияние этих состояний на жизнь и деятельность человека велика. Негативные эмоциональные состояния оказывают разнообразное влияние на деятельность, поведение, межличностное общение, формирование личности и саморегуляцию человека.

*Эмоциональные состояния* – это непроизвольная реакция личности на внешние и внутренние стимулы, направленная на достижение результата деятельности. Достаточно разнообразны и входят в широкое понятие – психические состояния. В психологической науке представлено множество классификаций психических состояний. Так, вариант классификации представлен в работе В. А. Ганзен, В. Д. Юрченко и так далее [10].

Эмоциональные качества и состояния личности влияют на общий психический облик человека, образуя эмоциональный тип личности: эмоциональный, сентиментальный, страстный, фригидный. Ниже представлены характеристики этих типов.

*Эмоциональный тип.* Люди данного типа эмоционально впечатлительные и возбудимы, часто импульсивно реагируют на незначительные события и слова, могут закричать, заплакать, становятся агрессивными. Вызванные состоянием аффекта поступки глубоко ими переживаются, либо не признается своя неправота. При этом они не делают



вывода из ситуации, и в будущем наблюдается повторение неадекватного эмоционально реагирования.

*Сентиментальный тип.* Люди склонные к самосозерцанию, увлечены своими эмоциями, переживаниями. Мир и окружающие для них представлены сквозь призму актуальных эмоциональных состояний. Этих людей можно назвать чувственно-пассивными, они дорожат и живут своими эмоциями, которые часто демонстрируют только для себя самих.

*Страстный тип.* Эмоционально мобильные люди, упорны в профессиональной деятельности, живут напряженной, яркой, насыщенной жизнью. Обязательно находят увлечение, хобби. Одарены бурной жизненной энергией, их деятельность сопровождается мощным эмоциональным зарядом.

*Фригидный тип.* Люди холодного рассудка, со слабо выраженными эмоциональными проявлениями, в результате чего, часто не понимают других людей, которым свойственны яркие эмоциональные проявления. Могут наблюдаться трудности в умении сопереживать, поскольку понимание переживаний происходит именно на эмоциональном уровне [35].

Эмоциональные состояния переживаются посредством разнообразных эмоций. Так, настроение может быть радостным, грустным и так далее. Аффект также может переживаться через разные эмоции. Например, восторг в состоянии аффекта – это безудержный восторг, а страдание в состоянии аффекта – сродни безумию, трагедии. Аналогично дело обстоит со стрессом, через положительные эмоции – радость, восторг, удовольствие и через отрицательные, когда переживается дистресс. Отличным является состояние фрустрации, эмоциональный фон при этом, как правило, отрицательный: злость, гнев, ярость, неудовольствие и так далее [36].

Таким образом, *негативные эмоциональные состояния* определяются личностными свойствами, направленностью личности, ее мотивами, стремлениями, намерениями, индивидуальными психическими свойствами, например характером и эмоционально-волевыми компонентами. Всецело

носят отрицательный окрас, могут быть как интенсивными (аффект), так и выражаться с минимальной силой (стресс, фрустрация). Вызвать данные состояния может как однократное интенсивное воздействие внешних факторов, так и длительное воздействие монотонной ситуации, в которой личность ощущает угрозу здоровью и жизни, либо обиду.

В данной работе акцент в изучении ставится на следующие негативные эмоциональные состояния: *аффект, стресс, фрустрация*.

Среди зарубежных исследователей, изучавших особенности проявления аффектов большой вклад внесли З. Фрейд, утверждавший, что мощнейший аффект – тревога, пришел к заключению, что аффекты играют роль предупредительных сигналов, которые работают вместе с защитными проявлениями личности, выполняя функции Эго. Д. Шапиро рассматривал аффекты с точки зрения симптоматики неврозов. Р. Шефер занимался клиническим анализом аффективных состояний человека.

Свой вклад в разработку данной проблемы внесли представители отечественной психологии, такие как А. Р. Лурия, занимавшийся диагностикой и изучением следов аффекта. Я. М. Калашник исследовавший особенности протекания патологического аффекта и С. Л. Рубинштейн утверждавший, что самой мощной эмоциональной реакцией человека на различные раздражители можно считать именно аффекты.

*Аффект* – стремительно и бурно протекающая, наиболее мощная по сравнению с другими эмоциональная реакция, полностью захватывающая психику человека. Возникает в экстремальных условиях, когда человек не справляется с ситуацией, возникает угроза здоровью и жизни. Аффект характеризуется ситуативностью, обобщенностью, малой продолжительностью и большой интенсивностью. Происходит мобилизация всего организма, движения носят импульсивный характер (ступор или хаотичные нецеленаправленные двигательные реакции). Аффект практически неуправляем и не подчиняется волевому контролю [43].

П. А. Рудик отмечает, что отличительными особенностями аффектов являются:

1. *Большая интенсивность и бурное внешнее выражение* этого эмоционального состояния. Именно интенсивность является главным отличием аффектов от других видов эмоций, это может быть иллюстрировано следующими примерами.

Каждому человеку свойственно испытывать тревогу, охваченность какими-то неясными и неопределенными опасениями, переживаниями. Тревога может смениться чувством страха, которое отличается большей определенностью и причина которого хорошо известна человеку. Наконец, он может испытать аффект ужаса, то есть такое негативное эмоциональное состояние, которое по сравнению с двумя предыдущими имеет необыкновенную силу, бурно выражается во внешних движениях и внутренних физиологических процессах: от ужаса человек может растеряться, потеряться, бежать без оглядки или, наоборот, остаться на месте, не будучи в состоянии двинуться (ступора).

2. *Кратковременность*. Аффект чрезмерно интенсивный процесс, который ведет к истощению нервной системы и приводит к развитию запредельного (охранительного) торможения. Из этого следует, что аффект не может длиться долго.

3. *Безотчетность*. Она проявляется зависимости от силы аффекта, этот феномен вызывает дезорганизацию мышления и выражается в снижении сознательного контроля личностью своих действий.

4. *Диффузный характер*. Сильный, интенсивный аффект захватывают всю личностную сферу человека и жизненно важные ее проявления (сферу общения и коммуникации, сферу профессиональной деятельности). Изменения также наблюдаются в деятельности сознания: суживается объем, ограничивается количество представлений, восприятие становится тесно связано с переживаемыми в результате эмоциями. Таким образом, при очень сильном аффекте перестраиваются и изменяются

привычные установки личности, характер и содержание отражения объективной действительности: многие явления и факты воспринимаются иначе, чем обычно, выступают в новом свете, происходит своеобразная ломка сложившихся ранее установок личности [35].

*Стресс* – это общая неспецифическая реакция организма, состояние напряжения в ответ на интенсивное воздействие любой модальности. Стресс представляет собой ответ организма на любое предъявленное ему требование (адаптационный синдром), способствующий мобилизации организма для приспособления к экстремальным условиям. Канадский ученый, эндокринолог Г. Селье – основоположник теории стресса, выделяет три стадии его развития: на первой стадии под воздействием стрессора активизируется симпатическая нервная система, может наблюдаться возбуждение сердечной деятельности. Если характер воздействия угрожающий, то человек на этой стадии может переживать тревожное эмоциональное состояние. В случае если стресс носит позитивный прогноз, наблюдается душевный подъем; во время второй стадии надпочечниками начинает вырабатываться и выделять в кровь гормон кортизол, в результате чего происходит мобилизация организма. Возникает эустресс, человек в данном состоянии способен максимально эффективно решать задачи, требующие значительного усилия: обостряется восприятие, увеличивается выносливость, улучшается память и так далее. Но при продолжительном действии стрессора, наступает третья стадия – стадия истощения. Если на этой стадии компенсаторные возможности организма истощены, то возникает дистресс. Именно дистресс ведет к значительным нарушениям, как психической активности, так и физического здоровья человека, эмоциональному и физическому истощению [46].

*Фрустрация* – эмоциональное состояние подавленности, обусловленное невозможностью удовлетворения неких потребностей, вызванное непреодолимыми трудностями, возникающими на пути достижения определенной цели. Фрустрация сопровождается целой гаммой

отрицательных эмоций, озлобленностью, подавленностью, внешней и внутренней агрессией. Проявляется в переживаниях разочарования, тревоги, раздражительности, наконец, отчаянии. Эффективность деятельности при этом существенно снижается.

Возникновение состояния фрустрации зависит от силы и интенсивности воздействия раздражающего фактора. А также от состояния человека (психологической устойчивости, неустойчивости, предрасположенности) и сложившихся у него форм реагирования на различного рода жизненные трудности. Основным источником фрустрации выступает отрицательная социальная оценка. Устойчивость человека к фрустрирующим факторам зависит от степени его эмоциональной возбудимости, типа темперамента, опыта взаимодействия с подобными факторами [26].

Подводя итог выше сказанному, необходимо отметить, что эмоциональные состояния человека – это особая сфера психических явлений. Они отражают окружающий мир в форме переживаний (удовлетворение, радость, грусть, гнев) и в ней отражается значимость для индивида, явлений и ситуаций, которые его окружают. Особый интерес представляют особенности негативных эмоциональных состояний детей подросткового возраста, так как для них характерны очень большая эмоциональная возбудимость, слабый самоконтроль или же наоборот латентное протекание состояния с бурной эмоциональной разрядкой.

## **1.2. Особенности негативных эмоциональных состояний детей подросткового возраста**

Согласно возрастной периодизации Д. Б. Эльконина, *ребенком подросткового возраста* считается человек в возрасте от 11 до 15 лет, но

границы возраста условны. Так как каждый ребенок индивидуален в своем развитии, у некоторых детей подростковый возраст может начаться раньше, или закончиться позже. Это зависит от множества факторов. Важно то, что вне зависимости от начала, этот период является сложным для растущего ребенка, так как велик риск возникновения кризиса подросткового возраста (одного из самых сложно протекающих возрастных кризисов). Становится ясно, что для того чтобы знать, особенности эмоциональной сферы ребенка подросткового возраста, необходимо понимать, какие переживания свойственны детям в данном возрасте, какие эмоциональные состояния и по какому поводу они испытывают.

Таким образом, резкие, качественные изменения, затрагивающие все стороны развития подростка, являются основной особенностью этого возраста. Анатомо-физиологическая перестройка является фоном, на котором протекает процесс психологического формирования подростка.

Е. И. Туревская в своих исследованиях говорит о том, что активизация и взаимодействие гормонов роста и половых гормонов вызывают интенсивное физическое, физиологическое и психическое развитие. В результате увеличиваются рост и вес ребенка, возникают трудности в работе сердца, легких, функционировании кровоснабжения головного мозга, поэтому для подростков характерны изменение артериального давления, повышенная утомляемость. Так как начинают выделяться половые гормоны, возможно явление «гормональных бурь», возникает эмоциональная неуравновешенность [47].

Е. П. Ильин выделяет *основные для эмоциональной сферы детей подросткового возраста особенности:*

- 1) Очень большая эмоциональная возбудимость. Дети подросткового возраста отличаются вспыльчивостью, бурным проявлением своих чувств, страстностью. С этим связано неумение сдерживать себя, слабость самоконтроля, резкость в поведении.

Подобные реакции часто возникают в состоянии утомления. Проявляется эмоциональная возбудимость ребенка подросткового возраста и в страстных спорах, доказательствах, выражении возмущения. Он бурно реагирует на все (примером является, переживание вместе с героями кинофильмов, книг). Также могут легко попасть под влияние из-за того, что не обладают достаточным жизненным опытом и отличаются повышенной эмоциональной возбудимостью. А также из-за того, что внешний эффект оказывает на них сильное влияние.

По мнению Х. Ремшмидта, можно выделить *три типа эмоционального реагирования* детей подросткового возраста:

1. *Эмоциональная неустойчивость.* В результате того, что новые чувства уже возникли, но еще не обрели способов адекватного выражения любая ситуация характеризуется, с одной стороны, стремлением к самостоятельности и самоуважению, а с другой стороны – столкновением с общественными моральными нормами и ожиданием окружающих людей. В результате, это противоречие может вызвать внутриличностный конфликт с изменчивыми, импульсивными трудно предсказуемыми эмоциями детей данного возраста.

2. *Нападение или отступление.* Нападение сопровождается агрессивным поведением в результате протеста против существующих порядков, правил социального окружения. Тенденция избежать столкновения или отступление можно наблюдать при возникновении стремления не иметь ничего общего с миром взрослых. Сюда также относится уход в себя, возникающий в результате разочарованности, чувства растерянности.

3. *Идеализм.* Формирование идеальных представлений, в результате взросления [37].

2) *Большая устойчивость эмоциональных переживаний.* Так, например, когда ребенок подросткового возраста встречается с определенными трудностями, у него появляется сильное желание противодействовать. Это желание выражается в не доведении до конца

начатого дела, уничтожении уже сделанного и тому подобное. Если же деятельность вызывает сильные положительные чувства, то ребенок подросткового возраста в процессе деятельности может быть настойчивым, выдержанным. Именно поэтому важно чтобы ребенок обладал соответствующими знаниями, умениями и навыками, способами деятельности, так же необходимо давать им посильные для волнения задания [33].

3) *Повышенная готовность к ожиданию страха.* Подростковый возраст – пора взросления и самоопределения. Дети подросткового возраста всё чаще сталкиваются с необходимостью определения по отношению к себе, другим, жизни в целом. Как известно, неотъемлемой частью жизненного самоопределения являются представления личности о будущем. Именно в подростковом возрасте акцентируется особое внимание на будущем, в связи с этим возникает множество вопросов и трудностей, а в дальнейшем и страхов связанных с ним проявляющиеся в тревожности.

Повышение тревожности в подростковом возрасте также во многом связано с появлением интимно-личностных отношений со сверстниками, вызывающим различные эмоции, в том числе в связи со страхом показаться смешным [1].

4) *Противоречивость чувств.* Становление идентичности личности – главная задача подросткового возраста. Психическая и психологическая нестабильность, завышенные требования со стороны общественности и проблемы физиологического развития ставят детей данного возраста в сложное положение. В этот период подросткам особенно трудно согласовывать и сопоставлять свои собственные переживания с переживаниями окружающих и приспосабливаться при этом к общественным нормам. Очень часто это выражается в том, что подростки защищают своего товарища, понимая, что тот достоин осуждения; обладая высокоразвитым чувством собственного достоинства, они могут заплакать от обиды, хотя и понимают, что плакать стыдно [37].



5) У детей подросткового возраста отмечается возникновение переживания по поводу оценки их другими и по поводу *самооценки*, которая формируется в результате роста их самосознания.

Ведущая деятельность в подростковом возрасте – общение со сверстниками. Общаясь, дети подросткового возраста осваивают нормы социального поведения, морали. При этом, как отмечает В. Н. Куницына, отсутствие опыта переживания эмоций в новой ведущей деятельности приводят к тому, что в основание своего эмоционального, поведенческого эталона ребенок подросткового возраста кладет не общее, встречающееся в разных людях, а индивидуальные особенности конкретного человека, не всегда являющегося психологически и морально полноценным. В следствие может наблюдаться и отрицательное отношение к себе из-за несоответствия идеалу. В результате для детей подросткового возраста характерна предрасположенность к отрицательным эмоциям и рассогласованность в личностной сфере [16].

Тяжелая психологическая обстановка в семье, конфликты с родителями, неудовлетворительные отношения со сверстниками, неадекватная самооценка, изъяны учебно-воспитательного процесса являются неблагоприятными условиями для формирования личности подростка. Как результат, в этом возрасте может наблюдаться появление негативных эмоциональных состояний (аффектов, стресса, фрустрации).

В. Казанская выделяет особый вид *аффекта* у детей подросткового возраста – аффект неадекватности. Он выступает как реакция на преодоление или не преодоление определенного психологического барьера (эмоционального, смыслового, коммуникативного и так далее), который может выполнять положительную и отрицательную функции. Первая заключается в том, что приводит ребенка подросткового возраста к осмыслению своих трудностей, этим она стимулирует развитие. Вторая возникает, если трудности не преодолеваются и переносятся в другие ситуации, из-за этого подростком могут совершаться повторяющиеся

ошибки, которые нечему его не учат. Например, ошибки в общении с другими людьми, в обучении, освоении норм и правил социальной жизни. В результате, появляются психические травмы, с которыми ребенок данного возраста не в состоянии справиться самостоятельно.

Ребенок подросткового возраста не признает замечаний, считает их несправедливыми. В результате, он начинает конфликтовать с педагогами, родителями, одноклассниками которые, по его мнению, предъявляют к нему завышенные требования.

Причинами данного аффекта могут послужить:

- завышение отметки, не подтверждающееся реальными достижениями подростка;
- выше мотивации познания и нравственности ставится мотивация престижа;
- не соответствующий результатам деятельности, уровень притязаний;
- наличие демонстративного типа акцентуации характера у подростка;
- сочетание типа нервной системы со сформированными на его основе отрицательными чертами характера. Например, подвижность нервных процессов сангвиника приводит к торопливости, некачественному выполнению заданий, за что он получает оценку ниже ожидаемой и остается недовольным [17].

Состояние *стресса* может возникнуть у детей подросткового возраста в результате неспособности незрелой подростковой психики уравновесить процессы организма и постоянно изменяющиеся условия внешней среды. Таким образом, новые сложные задачи, содействуют резкому увеличению психических нагрузок и нарушению равновесия нервных процессов, что приводит к снижению стрессоустойчивости. Реакции организма подростка на стресс:

- стенический тип (преобладание в нервной системе процессов возбуждения над торможением). У детей подросткового возраста наблюдается повышенная возбудимость, эмоциональная амбивалентность, неустойчивость внимания и быстрая переключаемость. В поведении это проявляется в особом складе личности подростка, повышенной психической активности, высокой и завышенной самооценке;

- астенический тип (преобладание в нервной системе процессов торможения над возбуждением). Проявление у детей данного возраста переутомления, перенесенные вегетативные заболевания, определенная специфика психики и др. приводят к поведению, характеризующемуся апатичностью, инертностью, сонливостью в разные периоды бодрствования, вялостью, сниженной работоспособностью и общей активностью. Наблюдается моторная заторможенность, снижение остроты восприятия и переключаемости внимания.

Таким образом, дети подросткового возраста, у которых в нервной системе преобладают процессы возбуждения отличаются от тормозимых быстрым реагированием на стрессор, высокой работоспособностью, что определяет их высокую стрессоустойчивость. Чего нельзя сказать о подростках с астеническим типом нервной системы, нуждающихся в психологической помощи [2].

Доктор медицинских наук Е. С. Акарачкова в своей статье подробно описывает психосоматические нарушения, возникающие в результате перенесенного длительного стресса, у детей данного возраста. Она указывает, что распространенность психосоматических расстройств у детей подросткового возраста составляет 10-25%. В возрасте 10-17 лет наиболее часто наблюдаются следующие психосоматические симптомы: повышенная утомляемость, нарушение сна и проявления связанные с трудностью дыхания в сочетании с судорожным сведением мышц ног и рук, болями в животе, головными болями.

Таким образом, ребенок может жаловаться на все вышеуказанные проявления. Перечисленные симптомы обычно являются ответом организма на стресс и носят неопределенный характер, различны по интенсивности, их можно рассматривать как проявления нарушенной адаптации [3].

На сегодняшний день дети подросткового возраста находятся в среде постоянного противостояния жизненным трудностям и их преодоления. В связи с этим выявляются различного рода фрустраторы: препятствия, трудности как внешние, так и внутренние, приводящие к *фрустрации*. Оказывая дезорганизующее воздействие на поведение и деятельность, фрустрация, в определенных случаях может привести к нарушению социализации подростка.

В. Г. Белов и Ю. А. Парфенов в своем исследовании приходят к следующему выводу, что для детей данного возраста, значимыми ценностями, фрустрация которых воспринимается болезненно, являются внешний вид и нравственность. Также имеется выраженная связь с агрессией, зависимостью, аффектом и отстраненностью. Авторы вывели, что данные анализа свидетельствуют о связи фрустрации с комплексом психологических показателей, ведущих к формированию у детей подросткового возраста девиантного поведения [6].

Резюмируя вышесказанное, стоит отметить, что в подростковом возрасте могут с чрезмерной скоростью происходить изменения, связанные с физиологическим и психическим формированием организма. Эмоциональная сфера продолжает развиваться на протяжении всей жизни человека, но именно в подростковом возрасте закладываются фундаментальные основы, начинает формироваться характер человека. Наличие негативных эмоциональных состояний в жизни подростка в результате действия различных факторов, способствуют дезадаптации. Также и эмоциональная сфера детей с ограниченными возможностями здоровья, несомненно, имеет определенные особенности связанные с наличием того или иного дефекта.

Особый интерес представляют особенности негативных эмоциональных состояний детей подросткового возраста с ЗПР.

### **1.3. Особенности негативных эмоциональных состояний детей подросткового возраста с задержкой психического развития**

Задержка психического развития (ЗПР) является одной из наиболее распространенных форм дизонтогенеза, психической патологии детского возраста. Она выявляется с началом обучения ребенка, примерно в возрасте 7-10 лет [9].

В. В. Ковалев определяет задержку психического развития, прежде всего замедлением темпа психического развития ребенка, незрелостью личностной сферы, негрубыми нарушениями познавательной деятельности, по структуре дефекта и количественным показателям отличающимися от олигофрении и имеющими тенденцию к компенсации и обратному развитию [19].

Исследования, проводимые М. С. Певзнер, показали, что одним из определяющих симптомов у детей с ЗПР является недоразвитие эмоционально – волевой сферы, инфантилизм. Соотношение этого симптома с другими дает основание для выделения отдельных клинических вариантов ЗПР.

*Первая форма* характеризуется лишь недоразвитием эмоционально – волевой сферы в сочетании с достаточным уровнем развития познавательной деятельности и речевой функции. При *второй форме* имеется сочетание недоразвития познавательной деятельности. *Третья форма* – психофизический инфантилизм с недоразвитием познавательной деятельности осложняющийся нейродинамическими нарушениями. *Четвертая форма* характеризуется сочетанием недоразвития эмоционально-

волевой сферы и познавательной деятельности с недоразвитием речевой функции [49].

Проблема отклоняющегося развития рассматривается в контексте изучения особенностей эмоциональной сферы детей подросткового возраста с ЗПР.

Как уже отмечалось ранее, Е. П. Ильин выделяет основные особенности эмоциональной сферы подростков, развивающихся в норме, таким образом, необходимо определить особенности эмоциональной сферы подростков с ЗПР, для этого обратимся к сравнительной характеристике.

1) Как и для нормально развивающихся детей подросткового возраста, для детей данного возраста с ЗПР характерна *большая эмоциональная возбудимость*.

Замечено, что у детей подросткового возраста с ЗПР отмечается недостаточная познавательная активность, сочетающаяся с быстрой утомляемостью и истощаемостью ребенка. Однако, несмотря на это, данному возрасту свойственны частые переходы от состояния эмоциональной, познавательной активности к инертности полной или частичной, смене рабочих и нерабочих настроений, это связано с их нервно-психическими состояниями.

Иногда даже внешние незначительные обстоятельства (сложные задания, большой объем работы и другое) выводят ребенка из состояния равновесия, заставляют нервничать, волноваться [24].

Большую эмоциональную возбудимость можно пронаблюдать и в способах разрешения конфликтных ситуаций детей подросткового возраста с ЗПР. Т. З. Стернина выделяет следующие способы:

1. *Агрессия*, которая будет направлена на объект, например, детей младшего возраста, на более слабых детей, на животных, или на вещи.

2. *Бегство*. В этом случае, ребенок подросткового возраста будет как бы «убегать» от ситуации конфликта, с которой он не может справиться. Отказывается от посещения школы, возможна такая специфическая форма

бегства, как «уход в болезнь», проявляющаяся в невротических соматических реакциях, таких как рвота, боли в животе, головные боли и прочее.

3. *Регрессия* или возврат на более низкий уровень развития, ведь быть взрослым, значит, отвечать за свои поступки.

4. *Полное отрицание трудностей и неадекватная оценка реальной ситуации.* Ребенок данного возраста вытесняет из своего сознания ту действительность, в которой он терпит неудачи [24].

2) Также Е. П. Ильин выделяет *большую устойчивость эмоциональных переживаний* у нормально развивающихся детей подросткового возраста. Для детей данного возраста с ЗПР это также характерно.

У детей подросткового возраста с ЗПР часто наблюдаются срывы в поведении. Они с трудом привыкают к рабочему режиму урока, это выражается в том, что такой ребенок может вскочить, пройтись по классу, задавать вопросы, не относящиеся к данному уроку. В моменты утомления и переутомления, одни дети становятся вялыми, пассивными, не работают; другие – повышено возбудимы, двигательно расторможены, беспокойны. Замечено, что дети данного возраста с ЗПР очень обидчивы и вспыльчивы. Для вывода их из подобных состояний часто требуется длительное время, особые методы и большой профессионализм, и понимание со стороны педагога, психолога и других взрослых окружающих [26].

3) *Повышенная готовность к ожиданию страха* у детей подросткового возраста с ЗПР по сравнению с нормально развивающимися сверстниками наблюдается в большей степени. Экспериментально было установлено, что количество страхов, приходящихся на ребенка данного возраста с ЗПР, превосходит в 1,5 раза количество страхов, приходящихся на сверстника с нормальным развитием. По данным А. И. Захарова, до 6-8 страхов, у ребенка с нормативным развитием, при ЗПР эта цифра доходит примерно до 10-12. Общим является страх смерти. А в остальном, отмечено, что детям подросткового возраста с ЗПР присущи страхи, свойственные,

скорее, для детей более младшего возраста. Это боязнь отрицательных героев сказок, животных, темноты.

Многие исследователи считают, что из-за того что страхи характеризуются повышенной интенсивностью, они отрицательно влияют на развитие ребенка, повседневное поведение и процесс социализации. Можно сказать, что из-за повышенной эмоциональной неустойчивости происходит возникновение и закрепление всякого рода страхов [26].

4) *Противоречивость чувств* также свойственна детям подросткового возраста с ЗПР. Г. Е. Сухарева в своих исследованиях, использует термин «психическая неустойчивость», применительно к нарушениям психических функций, особенно эмоциональной сферы и поведения. Под психической неустойчивостью понимается отсутствие у ребенка данного возраста собственной линии поведения в результате повышенной внушаемости, склонности руководствоваться в поступках эмоцией удовольствия, неспособности к волевому усилию и регулярной трудовой деятельности, а также к стойким привязанностям. Вторично, в связи с вышеуказанными особенностями, будет наблюдаться сексуальная незрелость личности, проявляющаяся в слабости и неустойчивости морально нравственных установок. Проведенное Г. Е. Сухаревой исследование детей данного возраста с нарушениями аффективной сферы по типу психической неустойчивости позволило сделать следующие выводы: такие подростки характеризуются моральной незрелостью, противоречивостью чувств, отсутствием чувства долга и ответственности, неспособностью тормозить свои желания [42].

5) Замечено, что у детей подросткового возраста с ЗПР по сравнению с нормально развивающимися сверстниками отмечается возникновение излишне сильного переживания по поводу оценки их другими, но и по поводу *самооценки*. В целом, отмечается значительная неустойчивость самооценки в результате недостаточной сформированности уровня осознания собственного «Я». Таким образом, нередко проявляется



наличие противоположных суждений по одному и тому же вопросу в зависимости от ситуации, настроения, лиц, с которыми ребенок взаимодействует.

Но, несмотря на неустойчивость самооценки, будет также наблюдаться тенденция к преувеличению своих способностей, к переоценке личностных черт и внешних данных, необоснованно завышенных притязаниях эгоцентрической направленности и так далее [14].

Все выше перечисленные особенности эмоционально-волевой сферы детей подросткового возраста с ЗПР в сочетании с тяжелой психологической обстановкой в семье, неадекватной самооценкой, изъянами учебно-воспитательного процесса являются благоприятными условиями для появления негативных эмоциональных состояний (аффектов, стресса, фрустрации).

Н. Ю. Юдина в результате диагностики интеллектуальной и эмоционально-волевой сфер детей младшего подросткового возраста с ЗПР (обучающихся 4-го и 5-го классов) выявила, что к 5-ому классу повышается число детей с высоким уровнем тревожности, значительно повышается количество учащихся, испытывающих негативные эмоции (почти в 2 раза).

Результаты диагностики свидетельствуют о том, что состояние интеллектуальной сферы в раннем подростковом возрасте улучшается, а эмоциональной – ухудшается [50].

Е. А. Селиванова изучая особенности эмоциональной сферы детей подросткового возраста с ЗПР находящихся в условиях домов-интернатов, отмечает в своей работе следующие особенности свойственные данной категории детей: проявление повышенной тревожности, эмоциональной напряженности, психического утомления. Отмечается эмоциональный стресс, повышенная чувствительность различного рода препятствиям, неготовность преодолевать трудности. Заметны повышенная агрессивность, недоверчивость, вспыльчивость, несдержанность, чрезмерная импульсивность активности. Противоположные явления – эмоциональная

холодность, уход в себя, нарушение эмоциональных контактов с окружающими, нарастание пассивности, депрессия [40].

И. А. Конева и Н. П. Кондратьева, занимаясь вопросами интегрированного и дифференцированного обучения детей подросткового возраста с ЗПР, в ходе диагностики данной категории детей определили, что детям младшего подросткового возраста с ЗПР присущи:

- большая склонность к переживанию повышенного и высокого уровня межличностной тревожности;
- высокий уровень по таким факторам школьной тревожности, как страх ситуации проверки знаний и страх не соответствовать ожиданиям окружающих;
- высокий уровень по таким факторам школьной тревожности, как фрустрация потребности в достижении успеха, низкая физиологическая сопротивляемость стрессу, проблемы и страхи в отношениях с учителями, общая тревожность в школе [21].

Подводя итог всему вышесказанному, стоит отметить, что особенности негативных эмоциональных состояний детей подросткового возраста с ЗПР недостаточно изучены, в научной литературе встречаются единичные исследования по данной теме. Но из данных немногочисленных источников и сопоставительного анализа можно заключить, что эмоциональная сфера детей подросткового возраста с ЗПР разительно отличается от сверстников с нормативным развитием. Имеет место наличие различных форм инфантилизма, отмечается еще большая готовность к ожиданию страха, предрасположенность к аффектам, стрессу, фрустрации. По сравнению с нормально развивающимися сверстниками отмечается возникновение излишне сильного переживания по поводу оценки подростков другими, неадекватность самооценки.

## **ГЛАВА 2. ИЗУЧЕНИЕ ЭМОЦИОНАЛЬНЫХ СОСТОЯНИЙ У ДЕТЕЙ МЛАДШЕГО ШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА С ЗАДЕРЖКОЙ ПСИХИЧЕСКОГО РАЗВИТИЯ**

### **2.1. Описание диагностического инструментария для изучения негативных эмоциональных состояний у детей подросткового возраста с задержкой психического развития**

Соотносительный анализ особенностей эмоциональной сферы детей подросткового возраста с ЗПР с нормально развивающимися сверстниками свидетельствует о том, что имеет место быть существенная разница формирования этой сферы.

Только теоретическое изучение вопроса не может дать полноценной, развернутой картины и для более глубокого знакомства с данным вопросом необходимо ознакомиться с описанием методик для выявления особенностей негативных эмоциональных состояний подростков с ЗПР.

Исследование проводилось на базе ГКОУ СО «Екатеринбургская школа-интернат № 9, реализующей адаптированные основные общеобразовательные программы». Рассматривались особенности негативных эмоциональных состояний 11 обучающихся 3 «А» и «Б» классов (возраст 12-13 лет).

Были использованы методики, обладающие достаточным уровнем надежности и валидности. Обследование проводилось индивидуально, в первой половине дня, и в одной и той же обстановке (кабинет психолога). Учитывая возрастные особенности подростков, исследование проводилось не более 30-35 минут. Учитывалось состояние ребенка, при первых признаках утомления предлагалась смена деятельности либо отдых.

В комплекс, сформированный для обследования детей, были включены следующие методы исследования: наблюдение, экспериментально - психологическое обследование. Для исследования негативных эмоциональных состояний детей подросткового возраста были использованы методики: методика «Восьмицветовой тест Люшера» М. Люшера, методика опросник «Самооценка психических состояний личности» Г. Айзенка, методика «Опросник, определяющий склонность к развитию стресса» Т. А. Немчина и Дж. Тейлора, методика «Определение склонности к фрустрации» В. В. Бойко.

1) **Методика «Восьмицветовой тест Люшера» М. Люшер.**

Данная методика является проективной.

Цель: диагностика направленности испытуемого на определенное настроение, функциональное и эмоциональное состояние.

Материалы: 8 цветных карточек (темно-синего, сине-зеленого, оранжево-красного, светло-желтого, черного, серого, фиолетового и коричневого цветов).

Инструкция. Из разложенных перед обследуемым цветных карточек выбирается самый приятный цвет, не соотносящийся ни с какими внешними обстоятельствами (расцветкой одежды, обивкой мебели, ни с чем-либо другим), а только считаясь с тем, насколько этот цвет предпочитаем лично испытуемым в данный момент.

В последующие разы выбирается наиболее приятный цвет из оставшихся, пока все цвета не будут отобраны.

Психолог фиксирует номер каждой выбранной цветной карточки. Через некоторое время (две-пять минут) процедура повторяется. Психолог перемешав цветные карточки, для того чтобы их порядок изменился, снова раскладывает их перед испытуемым и предлагает повторить процедуру выбора, уточнив при этом, что исследование не направлено на изучение памяти и что он волен выбирать заново нравящиеся ему цвета так, как ему будет угодно.

Методика выявляет не только осознанное, субъективное отношение испытуемого к цветовым эталонам, но в основном его неосознанные реакции, позволяет выявить и оценить актуальное для испытуемого эмоциональное состояние. Результаты данной методики можно интерпретировать в зависимости от цели исследования.

Так же необходимо отметить, что на данный момент эта методика компьютеризирована, что позволяет за короткое время обследовать психологическое состояние ребенка подросткового возраста с ЗПР в целом.

Оценка результатов проводится посредством анализа взаимного расположения основных цветов [13].

**2) Методика опросник «Самооценка психических состояний личности» Г. Айзенка.**

Цель: диагностика уровня тревожности, фрустрации, агрессии и ригидности.

Материалы: бланки с текстом опросника.

Инструкция. На бланке с заданием, представлены 40 предложений, напротив каждого утверждения необходимо обвести цифру, если утверждение подходит, то обвести нужно цифру 2; если не совсем подходит – 1; если не подходит – 0.

Обследуемый должен подтвердить наличие описанных состояний у себя или опровергнуть.

Оценка результатов проводится по бальной системе [44].

**3) Методика «Опросник, определяющий склонность к развитию стресса» Т. А. Немчина и Дж. Тейлор.**

Цель: диагностика склонности к развитию стресса.

Материалы: бланки с текстом опросника.

Инструкция. На бланке с заданием, представлены 50 предложений, напротив каждого утверждения необходимо написать ответ, если утверждение подходит испытуемому – «да», если не подходит – «нет».

Оценка результатов проводится по бальной системе [25].

#### **4) Методика «Определение склонности к фрустрации» В. В. Бойко.**

Цель: диагностика склонности к фрустрации.

Инструкция. На бланке с заданием, представлены 12 предложений, напротив каждого утверждения необходимо написать ответ, если утверждение подходит испытуемому – «да», если не подходит – «нет».

Оценка результатов проводится по бальной системе [41].

Подводя итог всему вышесказанному, необходимо отметить, что кроме перечисленных подобранных методик, существует множество других подходов к изучению особенностей негативных эмоциональных состояний и эмоциональной сферы детей подросткового возраста с ЗПР.

Подобранные методики позволяют изучить разнообразные особенности эмоциональной сферы детей подросткового возраста с ЗПР.

Методика «Восьмицветовой тест Люшера» М. Люшера предполагает определение актуального состояния испытуемого (настроения, самочувствие, степени выраженности эмоциональной напряженности).

Методика опросник «Самооценка психических состояний личности» Г. Айзенка диагностирует уровень тревожности, фрустрации, агрессии и ригидности испытуемого.

Методика «Опросник, определяющий склонность к развитию стресса» Т. А. Немчина и Дж. Тейлора ставит своей целью диагностику склонности к развитию стресса.

Методика «Определение склонности к фрустрации» В. В. Бойко направлена на определение у испытуемого склонности к фрустрации.

Полный текст, бланки и стимульные материалы методик указаны в приложении 1.

## 2.2. Описание базы исследования и контингента испытуемых

Исследование проводилось в городе Екатеринбурге по адресу ул. Восстания 34, на базе ГКОУ СО «Екатеринбургская школа-интернат № 9, реализующей адаптированные основные общеобразовательные программы». Рассматривались особенности эмоциональных состояний 11 обучающихся 6 «А» и «Б» классов (возраст 12-13 лет).

Таблица 1

### *Психолого-педагогическая характеристика группы обучающихся*

№	Ф.И.	Диагноз	Психолого-педагогическая характеристика
1. Саша Б.		ЗПР, дизартрия, несформированность языковых и речевых средств.	Ориентирован на требования педагога, избирательность в отношении разных педагогов не проявляется, владеет регуляцией эмоций, зависим от оценок окружающих, в деятельность группы включен, поведение целенаправленное, адекватно бытовым и игровым ситуациям, психический тонус активный, нетипичных аффективных реакций не наблюдается.
2. Данил В.		ЗПР, дизартрия, несформированность языковых и речевых средств.	На требования педагога ориентирован ситуативно, избирательность в отношении к разным педагогам не проявляет, импульсивность в пределах нормы, независим от оценок взрослых и сверстников, включен в деятельность группы, поведение нецеленаправленно, легко отвлекается, ситуативно адекватен игровым и бытовым ситуациям, психический тонус активный, нетипичных аффективных реакций не отмечается, утомление проявляется в конце недели.
3. Маша К.		ЗПР, несформированность языковых и речевых средств.	На требования педагога ориентирована ситуативно, проявляет избирательность в отношении к разным педагогам, не владеет регуляцией эмоций, зависима от оценок педагога, в деятельность группы включена ситуативно, целенаправленность поведения ситуативная, бытовым и игровым ситуациям адекватна, психический тонус активный, наблюдаются аффективные реакции (вскрикивания, всхлипывания).
4. Егор К.		ЗПР, несформированность языковых и речевых средств.	Полностью подчинен требованиям педагога, проявляется избирательность в отношении к разным педагогам, независим от оценок окружающих, в деятельность группы не включен, поведение целенаправленное, поведение неадекватно бытовым и игровым ситуациям, импульсивность регулируется внешним контролем, психический тонус пассивный, наблюдается адекватность аффективных реакций, утомление начинает проявляться в конце дня.

5. Полина К.	ЗПР, несформированность языковых и речевых средств.	Ориентирована на требования педагога, избирательность в отношении разных педагогов не проявляет, владеет регуляцией эмоций, зависима от оценок окружающих, в деятельность группы включена, поведение целенаправленное, адекватно бытовым и игровым ситуациям, психический тонус активный, нетипичных аффективных реакций не наблюдается.
6. Лиза К.	ЗПР, несформированность языковых и речевых средств.	Ориентирована на требования педагога, избирательность в отношении к разным педагогам не проявляет, владеет регуляцией эмоций, не зависима от оценок окружающих, в деятельность группы включена, поведение целенаправленно, бытовым и игровым ситуациям адекватна, психический тонус активный, не типичных аффективных реакций не наблюдается.
7. Наташа Л.	ЗПР, несформированность языковых и речевых средств.	Ориентирована на требования педагога, избирательность в отношении к разным педагогам не проявляется, владеет регуляцией эмоций, зависима от оценок педагога и одноклассников, включена в деятельность группы, наблюдается целенаправленность поведения, бытовым и игровым ситуациям адекватна, психический тонус активный, не типичных агрессивных реакций не наблюдается.
8. Катя С.	ЗПР, несформированность языковых и речевых средств.	На требования педагога ориентирована ситуативно, проявляет избирательность в отношении к разным педагогам, не владеет регуляцией эмоций, зависима от оценок педагога, в деятельность группы включена ситуативно, целенаправленность поведения ситуативная, бытовым и игровым ситуациям адекватна, психический тонус активный, наблюдаются аффективные реакции (вскрикивания, всхлипывания).
9. Майя С.	ЗПР, дизартрия, несформированность языковых и речевых средств.	Ориентирована на требования педагога, избирательность в отношении к разным педагогам не проявляет, владеет регуляцией эмоций, не зависима от оценок окружающих, в деятельность группы включена, поведение целенаправленно, бытовым и игровым ситуациям адекватна, психический тонус активный, не типичных аффективных реакций не наблюдается.
10. Оксана У.	ЗПР, несформированность языковых и речевых средств.	Ориентирована на требования педагога, избирательность в отношении к разным педагогам не проявляет, владеет регуляцией эмоций, не зависима от оценок окружающих, в деятельность группы включена, поведение целенаправленно, бытовым и игровым ситуациям адекватна, психический тонус активный, не типичных аффективных реакций не наблюдается.
11. Влад Ч.	ЗПР, несформированность языковых и речевых средств.	Ориентирован на требования педагога, избирательность в отношении к разным педагогам не проявляет, владеет регуляцией эмоций, зависим от оценок педагога и одноклассников, включен в деятельность группы, наблюдается целенаправленность поведения, бытовым и игровым ситуациям адекватен, психический тонус



		пассивный, темп деятельности замедлен, не типичных аффективных реакций не наблюдается.
--	--	--

Выводы: Выборка состоит из 11 человек, 7 девочек и 4 мальчика. Всем обучающимся рекомендованы занятия с учителем-логопедом и педагогом-психологом. Обучающихся с инвалидностью нет. Двое обучающихся оставались в четвертом классе на второй год.

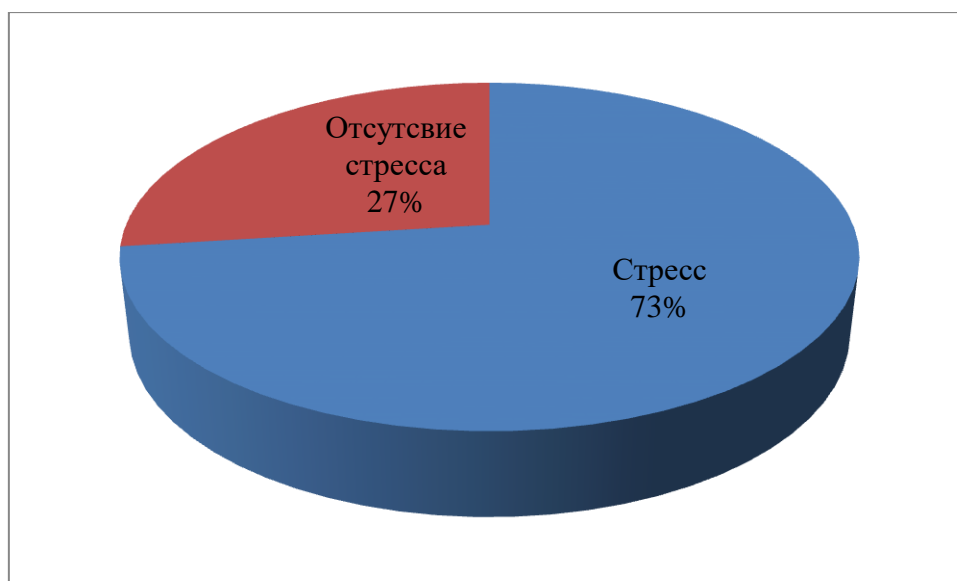
### **2.3. Анализ результатов констатирующего этапа эксперимента по изучению негативных эмоциональных состояний у детей подросткового возраста с задержкой психического развития**

Для исследования негативных эмоциональных состояний детей подросткового возраста с ЗПР были использованы методики: «Восьмицветовой тест Люшера» М. Люшера (компьютерный вариант), «Самооценка психических состояний личности» Г. Айзенка, «Опросник, определяющий склонность к развитию стресса» Т. А. Немчина и Дж. Тейлора, методика «Определение склонности к фрустрации» В. В. Бойко.

#### **Результаты констатирующего этапа эксперимента по диагностической методике «Восьмицветовой тест Люшера» №1**

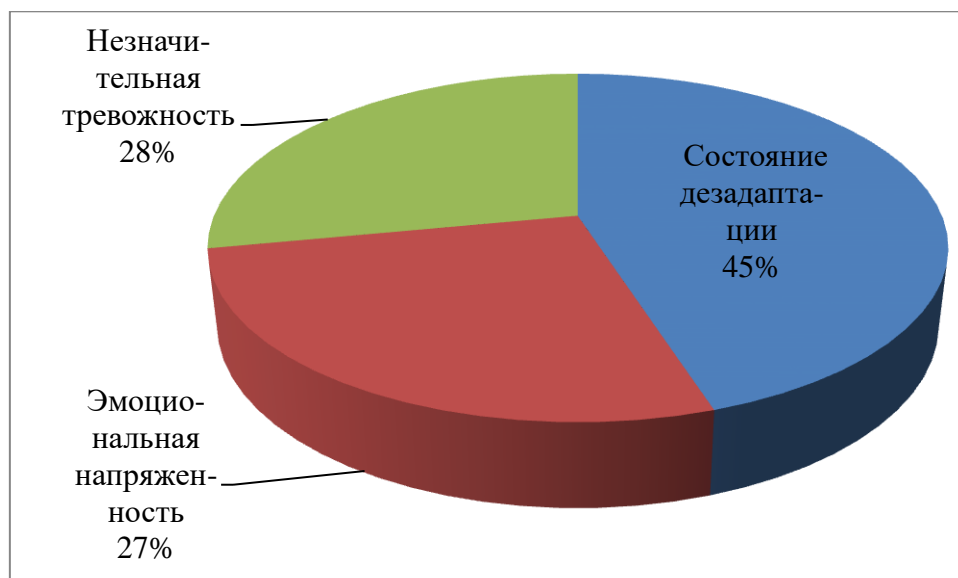
Анализируя результаты исследований по методике «Восьмицветовой тест Люшера» М. Люшера (для реализации был выбран компьютерный вариант) направленной на выявление направленности обучающихся на определенное настроение, функциональное и эмоциональное состояние, можно вывести следующее. Из рисунка 1 можно пронаблюдать, что по показателю «Стресс» большинству класса (73%) свойственно испытывать сильный стресс, в то время как у оставшихся 27% данное состояние не

проявляется.



**Рис. 1. Данные по показателю «Стресс»**

По показателю «Преобладающее эмоциональное состояние», у 45% обучающихся класса наблюдается состояние дезадаптации, проявляющееся как в физическом, так и психологическом плане. 27% класса испытывают общую эмоциональную напряженность и 28% лишь незначительную тревожность. Результаты представлены на рисунке 2.



**Рис. 2. Данные по показателю «Преобладающее эмоциональное состояние»**

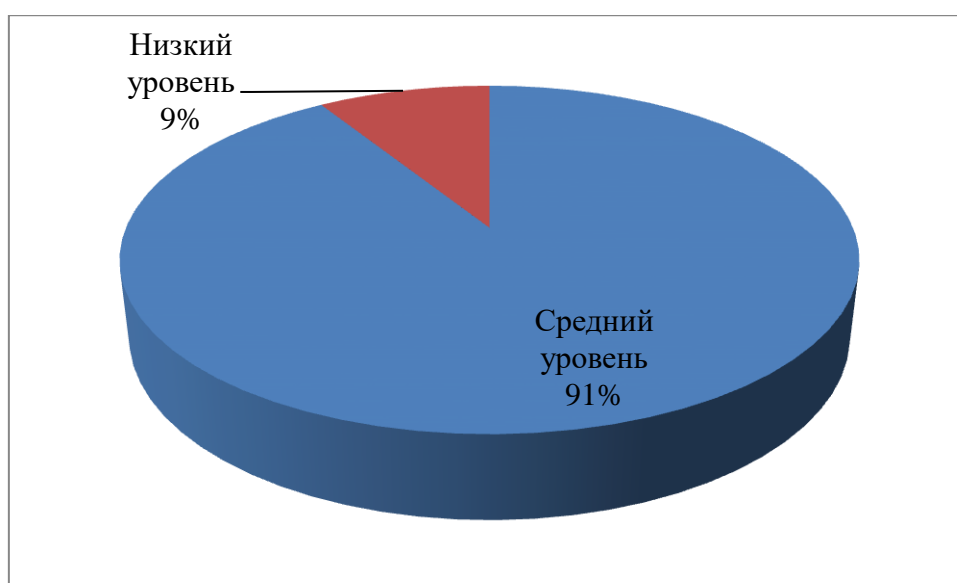
Таким образом, можно сделать вывод о том, что по итогам методики

«Восьмицветовой тест Люшера», для 73% обучающихся группы характерно постоянно испытывать сильный стресс в результате непонимания со стороны окружающих, разочарования и конфликтов и так далее. Для 45% обучающихся свойственно испытывать стойкое состояние дезадаптации, 27% регулярно испытывают сильную эмоциональную напряженность. Что в целом может говорить о плохой социализированности, в то же время проявлениях ранимости, обидчивости, тревожности.

Показатели и процентное соотношение шкал, у группы обучающихся указаны в приложении 2.

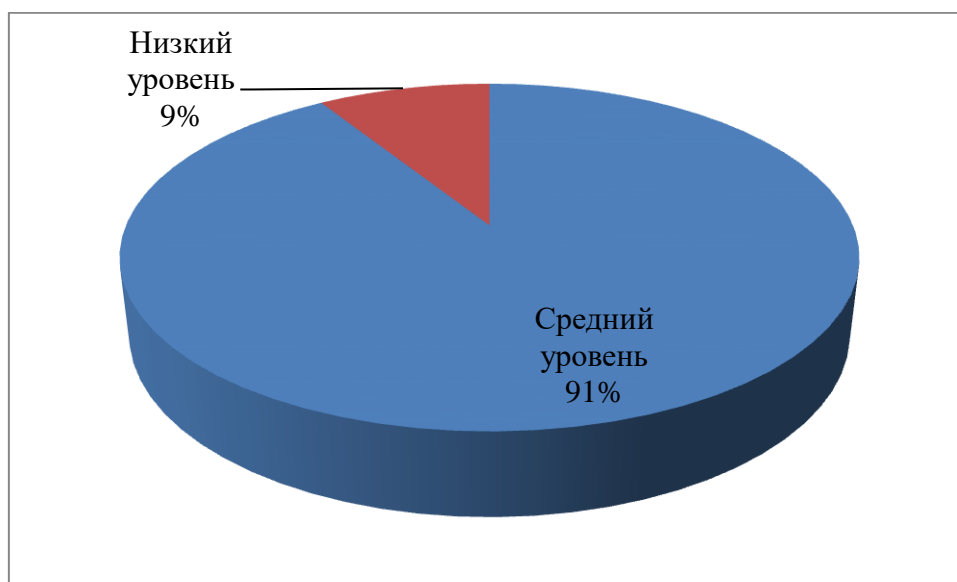
### **Результаты констатирующего этапа эксперимента по диагностической методике «Самооценка психических состояний личности» №2**

Анализируя результаты исследований по методике «Самооценка психических состояний личности» Г. Айзенка, направленной на выявление уровня тревожности («Т»), фрустрации («Ф»), агрессии («А») и ригидности («Р»), можно сделать следующие выводы: у 91% обучающихся по показателю «Тревожность» наблюдается тревожность среднего допустимого уровня, у 9% тревожность низкая, высокого уровня выявлено не было. Данные представлены на рисунке 3.



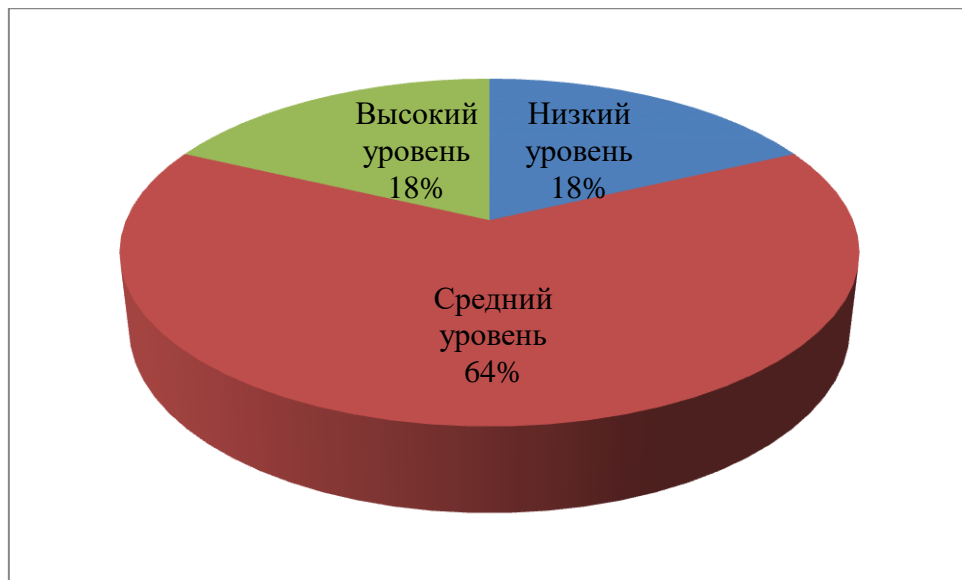
***Рис. 3. Данные по показателю «Тревожность»***

Также у 91% обучающихся отмечается средний уровень фрустрации, это свидетельствует о том, что данное негативное эмоциональное состояние проявляется у данной группы обучающихся и только у 9% низкий уровень фрустрации, что говорит об устойчивости по отношению к неудачам, трудностям, высокого уровня выявлено не было. Данные представлены на рисунке 4.



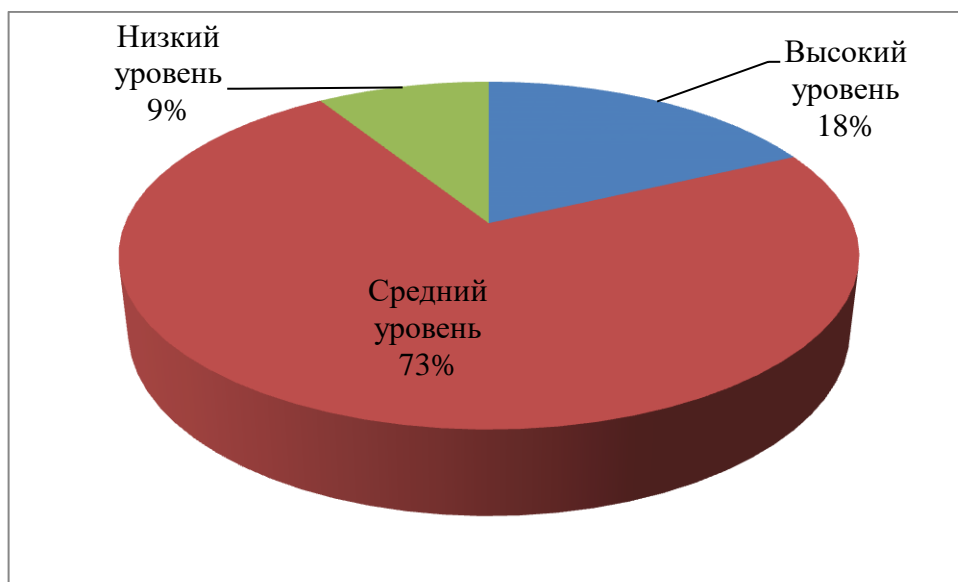
***Рис. 4. Данные по показателю «Фрустрация»***

Из рисунка 5 можно пронаблюдать, что по показателю «Агрессивность» у большинства обучающихся (64%) отмечается средний уровень агрессивности, у 18% высокий, проявляется в не выдержанности, трудностях при общении и работе с людьми и также у 18% низкий уровень агрессивности, данные обучающиеся спокойны и выдержанны.



**Рис. 5. Данные по показателю «Агрессивность»**

По показателю «Ригидность», средний уровень ригидности выявлен у 73% обучающихся группы, у 18% сильно выраженная ригидность, неизменность поведения, убеждений, взглядов, даже если они расходятся, не соответствуют реальной обстановке, жизни. У 9% ригидности нет, легкая переключаемость. Данные представлены на рисунке 6.



**Рис. 6. Данные по показателю «Ригидность»**

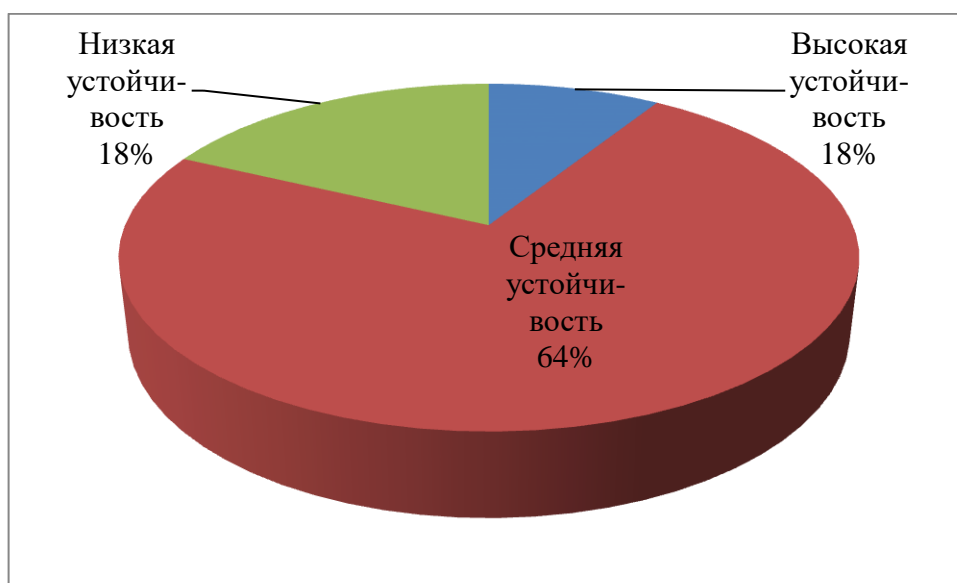
Таким образом, можно сделать вывод о том, что по итогам методики «Самооценка психических состояний личности», у 91% обучающихся уровень тревожности и фрустрации соответствуют среднему, находится в

пределах нормы. У 63% агрессивность также в пределах нормы и лишь у 18% уровень завышен, что может проявляться в не выдержанности, трудностях при общении и работе с людьми. У 75% обучающихся данные по показателю «Регидность», также находятся в пределах нормы, и также у 18% наблюдается высокий уровень ригидности, что проявляется в неизменности поведения, убеждений, взглядов, даже если они расходятся, не соответствуют реальной обстановке, жизни.

Показатели и процентное соотношение шкал у группы обучающихся указаны в приложении 3.

### **Результаты констатирующего этапа эксперимента по диагностической методике «Опросник, определяющий склонность к развитию стресса» №3**

Анализируя результаты исследований по методике «Самооценка психических состояний личности» Т. А. Немчина и Дж. Тейлора, направленной на выявление склонности к развитию стресса («С»), можно сделать следующие выводы: у 64% обучающихся выявлена средняя стрессоустойчивость, у 18% – низкая и у 18% – высокая стрессоустойчивость. Данные представлены на рисунке 7.



**Рис. 7. Данные по показателю «Стрессоустойчивость»**

Таким образом, можно сделать вывод о том, что по итогам методики

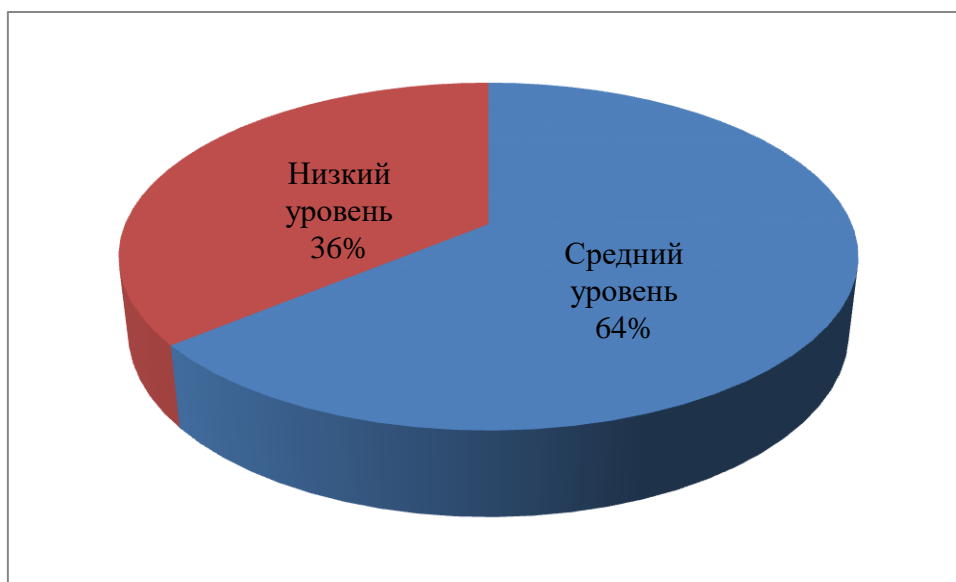
«Опросник, определяющий склонность к развитию стресса», у 64% обучающихся выявлена средняя стрессоустойчивость и при отсутствии адекватных мер (использование приемов саморегуляции и других «антистресс-технологий») существует вероятность развития негативных последствий стресса. Низкая стрессоустойчивость отмечается у 18%, что свидетельствует о том, что данные обучающиеся пребывают в состоянии стресса, резервы организма близки к истощению.

Показатели и процентное соотношение шкал у группы обучающихся указаны в приложении 4.

#### **Результаты констатирующего этапа эксперимента по диагностической методике «Определение склонности к фрустрации» №4**

Анализируя результаты исследований по методике «Определение склонности к фрустрации» В. В. Бойко, которая направлена на выявление склонности к фрустрации («Ф»), можно сделать следующие выводы.

Из рисунка 8 видно, что у большинства обучающихся (64%) выявлен средний уровень, есть устойчивая тенденция к фрустрации.



***Рис. 8. Данные по показателю «Склонность к фрустрации»***

Таким образом, можно сделать вывод о том, что по итогам методики «Определение склонности к фрустрации», у 64% обучающихся выявлена устойчивая тенденция к фрустрации и при отсутствии специальных мер

(использование приемов саморегуляции и других «антифрустрационных технологий») существует вероятность развития негативных последствий фрустрации.

Показатели и процентное соотношение шкал у группы обучающихся указаны в приложении 5.

Таким образом, итогом констатирующего эксперимента, становится комплекс особенностей эмоциональных состояний выявленных у каждого обследуемого ребенка. Данные представлены в таблице 2, курсивом отмечены ярко проявляющиеся негативные эмоциональные состояния.

*Таблица 2*

***Обобщающий анализ изучения эмоциональных состояний группы обучающихся по констатирующему этапу эксперимента***

<b>№ Ф.И.О</b>	<b>Методи- ка №1</b>	<b>Методи- ка №2</b>	<b>Методи- ка №3</b>	<b>Методи- ка №4</b>	<b>Характеристика</b>
1. Саша Б.	Эмоцио- нальная напря- женность.	Тревож- ность средняя, допусти- мого уровня; низкий уровень фрустра- ции; низкий уровень агрес- сивности; средний уровень ригиднос- ти.	Средний уровень. Средняя стрес- соустой- чивость.	Низкий уровень. Фрустра- ция отсутст- вует.	Уравновешенность, самообладание, склонность обдумывать свои действия, имеете высокую самооценку, устойчив к неудачам, не боится трудностей. Чувствует себя в безопасности, свойственно благополучное эмоциональное состояние. Не подвержен эмоциональным срывам, не так зависим от расположения других людей.
2. Данил В.	<i>Состоя- ние, дезадап- тации. Стресс.</i>	Тревож- ность средняя, допус- тимого уровня; средний	Средний уровень. Средняя стрес- соустой- чивость.	Средний уровень. Есть устойчи- вая тенден- ция к	Свойственны признаки сниженного уровня самоконтроля и высокой импульсивности, агрессивен, не выдержан, есть трудности при общении и работе с людьми, повышенная



		уровень, фрустрация имеет место; <i>высокий уровень агрессии</i> ; средний уровень ригидности.		Фрустрации.	эмоциональная лабильность, частая смена настроений, либо доминирование сниженного настроения. Раним, не может справиться с обидой, тревогой, возможен резкий переход к гневу и даже агрессии, отмечается мстительность. Находится в состоянии, дезадаптации и стресса.
3. Маша К.	Незначительная тревожность. Раздражительность	Тревожность средняя, допустимого уровня; средний уровень, фрустрация имеет место; средний уровень агрессивности; средний уровень ригидности.	Средний уровень. Средняя стрессоустойчивость.	Средний уровень. Есть устойчивая тенденция к фрустрации.	Уравновешенность, самообладание, склонность обдумывать свои действия. Чувствуют себя в безопасности, свойственно благополучное эмоциональное состояние. Может проявляться импульсивность, активность в поведении, свойственен положительный фон настроения. Наблюдается незначительная тревожность, раздражительность
4. Егор К.	Незначительная тревожность.	Тревожность средняя, допустимого уровня; средний уровень, фрустрация имеет место; средний уровень агрессивности; средний уровень ригидности.	Низкий уровень. Высокая стрессоустойчивость.	Низкий уровень. Фрустрация отсутствует.	Уравновешенность, самообладание, склонность обдумывать свои действия, имеет высокую самооценку, устойчив к неудачам, не боится трудностей. Чувствует себя в безопасности, свойственно благополучное эмоциональное состояние. Не подвержен эмоциональным срывам, не зависим от расположения других людей.

5. Полина К.	Эмоциональная напряженность.	Тревожность средняя, допустимого уровня; средний уровень, фрустрация имеет место; средний уровень агрессивности; средний уровень ригидности.	Средний уровень. Средняя стрессоустойчивость.	Средний уровень. Есть устойчивая тенденция к фрустрации.	Уравновешенность, самообладание, склонность обдумывать свои действия. Чувствует себя в безопасности, свойственно благополучное эмоциональное состояние. Может проявляться импульсивность, активность в поведении, свойственен положительный фон настроения. Мало подвержена эмоциональным срывам, не так зависима от расположения других людей.
6. Лиза К.	Эмоциональная напряженность.	Тревожность средняя, допустимого уровня; средний уровень, фрустрация имеет место; средний уровень агрессии; <i>высокий уровень ригидности.</i>	<i>Высокий уровень. Пребывает в состоянии стресса.</i>	Средний уровень. Есть устойчивая тенденция к фрустрации.	Свойственные признаки сниженного уровня самоконтроля и высокой импульсивности, повышенная эмоциональная лабильность, частая смена настроений. Может проявляться импульсивность, активность в поведении, свойственен положительный фон настроения. Подвержена эмоциональным срывам, зависима от расположения других людей. Сильно выраженная ригидность, неизменность поведения, убеждений, взглядов, даже если они расходятся, не соответствуют реальной обстановке, жизни.
7. Наташа Л.	<i>Психологический и физиологический стресс.</i>	Тревожность средняя, допустимого уровня; средний уровень, ригид-	Низкий уровень. Высокая стрессоустойчивость.	Средний уровень. Есть устойчивая тенденция к фрустрации.	Уравновешенность, самообладание, склонность обдумывать свои действия. Чувствуют себя в безопасности, свойственно благополучное эмоциональное состояние. Может проявляться импульсивность, активность в

		ности.			поведении, свойственен положительный фон настроения. Мало подвержена эмоциональным срывам, не зависима от расположения других людей. На момент обследования испытывала сильный психологический и физиологический стресс.
8. Катя С.	Эмоциональная напряженность. <i>Стресс.</i>	Тревожность средняя, допустимого уровня; средний уровень, фрустрация имеет место; <i>высокий уровень агрессивности; высокий уровень ригидности.</i>	Средний уровень. Средняя стрессоустойчивость.	Низкий уровень. Фрустрация отсутствует.	Свойственные признаки сниженного уровня самоконтроля и высокой импульсивности, агрессивна, не выдержана, есть трудности при общении и работе с людьми, повышенная эмоциональная лабильность, частая смена настроений, либо доминирование повышенного настроения. Ранима, не может справиться с обидой, тревогой, возможен резкий переход к гневу и даже агрессию, отмечается мстительность. Сильно выраженная ригидность, неизменность поведения, убеждений, взглядов, даже если они расходятся, не соответствуют реальной обстановке, жизни.
9. Майя С.	<i>Состояние дезадаптации. Стресс и беспокойство.</i>	Тревожность средняя, допустимого уровня; средний уровень, фрустрация имеет место; средний уровень агрессивности; средний уровень	Средний уровень. Средняя стрессоустойчивость.	Средний уровень. Есть устойчивая тенденция к фрустрации.	Свойственные признаки сниженного уровня самоконтроля и высокой импульсивности, повышенная эмоциональная лабильность, частая смена настроений, либо доминирование повышенного настроения. Может проявляться импульсивность, активность в поведении, свойственен положительный фон настроения. Мало подвержена эмоциональным срывам, не зависима от расположения других людей. Пребывает в состоянии дезадаптации и стресса и

		ригидности.			Беспокойства.
10. Оксана У.	Эмоциональная напряженность.	Низкий уровень тревожности; низкий уровень фрустрации; низкий уровень агрессивности; низкий уровень ригидности.	Средний уровень. Средняя стрессоустойчивость.	Низкий уровень. Фрустрация отсутствует.	Уравновешенность, самообладание, склонность обдумывать свои действия, не тревожна, устойчива к неудачам, не боится трудностей. Она чувствуют себя в безопасности, ей свойственно благополучное эмоциональное состояние. Она меньше подвержена эмоциональным срывам, не так зависима от расположения других людей.
11. Влад Ч.	<i>Состояние дезадаптации. Стресс.</i>	Тревожность средняя, допустимого уровня; средний уровень, фрустрация имеет место; средний уровень агрессивности; средний уровень ригидности.	<i>Высокий уровень. Пребывает в состоянии стресса.</i>	Средний уровень. Есть устойчивая тенденция к фрустрации.	Свойственные признаки сниженного уровня самоконтроля и высокой импульсивности, повышенная эмоциональная лабильность, частая смена настроений, либо доминирование сниженного настроения. Замкнутость, застенчивость, погруженность в себя, необщителен, в то же время раним, обидчив, тревожен. Пребывает в состоянии дезадаптации и стресса.
<b>Выводы:</b>					<b>55% обучающихся испытывают адекватные эмоциональные состояния;</b> <b>45% обучающихся испытывают неадекватные эмоциональные состояния.</b>

Подводя итог выше сказанному, можно сделать вывод о том, что 55% обучающихся группы испытывают адекватные эмоциональные состояния, им свойственны уравновешенность, самообладание, склонность обдумывать

свои действия. Таким образом, 45% свойственны признаки сниженного уровня самоконтроля и высокой импульсивности, повышенная эмоциональная лабильность, частая смена настроений, либо доминирование сниженного (повышенного) настроения, что позволяет говорить о неадекватности их эмоциональных реакций.

### **ГЛАВА 3. ПЛАНИРОВАНИЕ РАБОТЫ ПО КОРРЕКЦИИ НЕГАТИВНЫХ ЭМОЦИОНАЛЬНЫХ СОСТОЯНИЙ У ДЕТЕЙ ПОДРОСТКОВОГО ВОЗРАСТА С ЗАДЕРЖКОЙ ПСИХИЧЕСКОГО РАЗВИТИЯ**

#### **3.1. Обзор психологических направлений по преодолению негативных эмоциональных состояний у детей подросткового с задержкой психического развития**

В настоящее время для преодоления негативных эмоциональных состояний у детей подросткового возраста с ЗПР, используются самые разнообразные методы коррекции. Особое внимание уделяется *арт-терапии* (музыкотерапия, кинезитерапия, изотерапия, куклотерапия и другое). *Сказкотерапия* остается актуальным методом психокоррекции, так как дети данного возраста, испытывающие состояние задержки психического развития инфантильны. *Игровые и групповые методы*, также широко применяются в психологической коррекции эмоциональных нарушений у детей подросткового возраста с ЗПР. *Метод аутогенных тренировок* не имеет широкого распространения, но также может применяться в работе с данной категорией детей.

Выше перечисленные методы, применяясь комплексно, дают положительный результат в преодолении негативных эмоциональных состояний у детей подросткового возраста с ЗПР, если соответствуют психическим особенностям ребенка и реализуются систематически в необходимых для работы условиях.

Термин «арт-терапия» впервые был использован А. Хиллом в 1938 году при описании работы с больными туберкулезом и вскоре получил широкое распространение. Арт-терапия относится к терапевтическим методам,

основывается на лечебном влиянии общения в сочетании с творчеством. Арт-терапия или терапия искусством является относительно новым методом психотерапии. Также использовалась для коррекции трудности личностного развития и преодоления последствий сильного стресса, в 40-х годах XX столетия, в этот период арт-терапевтические методы были применены в работе с детьми из фашистских лагерей. В настоящее время этим термином обозначают все виды занятий искусством в сочетании терапевтическими методами [22].

Цель арт-терапии – развить способность личности к самовыражению и самопознанию посредством искусства, как итог, происходит гармонизация личности. Данный вид терапии представляет собой совокупность разнообразных психокоррекционных методик. Это разнообразие выражается в различии и определенных особенностях, определяющихся как жанровой принадлежностью к определенному виду искусства, так и направленностью, технологией психокоррекционного применения. Таким образом, так как арт-терапия воздействует посредством искусства, то и ее систематизации основываются, прежде всего, на специфике видов искусства (музыка – музыкотерапия; изобразительное искусство – изотерапия; танец, движение – кинезитерапия и так далее) [27].

*Изотерапия.* Один из наиболее распространенных видов арт-терапии, терапия с применением изобразительного творчества, например рисования, лепки и так далее. Так же используется для психологической коррекции. Во время изотерапии ребенок подросткового возраста с ЗПР через изобразительное творчество может выразить свободно свои мысли и чувства, свободно выражать мечты и надежды, а также – происходит освобождение от негативных переживаний испытываемых в прошлом. Происходит адекватное отражение в сознании ребенка окружающей действительности, становится возможным ее моделирование, выражение отношения к ней. Изучением этого направления занимались М. Е. Бурнои, Т. В. Келлер, В. Е. Фолке, Р. Б. Хайкин и другие [18].

*Музыкотерапия* вид арт-терапии, в которой музыка используется в лечебных или коррекционных целях, в любом ее виде (прослушивание музыкальных записей, игра на музыкальных инструментах, пение и другое). Музыкотерапия имеет в своей основе два аспекта воздействия: психосоматическое (в процессе которого осуществляется лечебное воздействие на функции организма) и психотерапевтическое (в процессе которого с помощью музыки осуществляется коррекция отклонений в психоэмоциональном состоянии). Именно эти воздействия музыки позволяют использовать ее в таком качестве в коррекционной работе с детьми, имеющими проблемы в развитии.

Исследованиями в области музыкотерапии занимались Б. В. Асафьев, Л. А. Батурина, В. М. Бехтерев, Л. С. Брусиловский, С. С. Корсаков, Л. А. Мадель, В. И. Петрушин, И. Р. Тарханов, И. В. Темкин и другие [23].

*Кинезитерапия или танцетерапия.* Одна из форм лечебной физической культуры, в ходе выполнения ритмичных упражнений происходит коррекция психоэмоционального состояния, снятие мышечного напряжения, достигается положительный терапевтический эффект. Данная терапия предлагает в основу адаптированные, постепенно возрастающие силовые нагрузки, строго индивидуально определённые, с учётом возрастных, физиологических и других особенностей, сопутствующих заболеваний. Исследованиями в данной области занимались В. М. Бехтерев, А. М. Бернштейн, Г. А. Волкова, В. А. Гиляровский, В. А. Гринер, Д. С. Озерецкий и другие [48].

*Куклотерапия* основывается на идентификации подростка с образом любимого персонажа как из рассказа, компьютерной игры, так и сказки и так далее. Эффективно использовать данную методику при различных нарушениях поведения, страхах. Технология реализации куклотерапии заключается в следующем, с персонажем, которого выбрал ребенок, разыгрывается история (связанная с травмирующей, беспокоящей ситуацией). Психолог в ходе инсценирования рассказа, должен добиться



полного вовлечения ребенка, чтобы тот, сочувствуя герою, идентифицировался себя с ним. Необходимо, чтобы эмоциональное напряжение ребенка по мере разворачивания сюжета возрастало и конфликт, достигнув максимальной точки, был отреагирован ребенком через бурные эмоциональные реакции (плач, смех). Таким образом, после такой совместной работы ребенок должен почувствовать облегчение, происходит снятие напряжения. Важным является то, что в сеансе куклотерапии и театрализации должно быть начало (завязка конфликта), кульминация (пик проблемной ситуации) и развязка (герой находит решение, побеждает). Конец театрализации должен носить позитивный характер [45].

*Сказкотерапия* является одним из самых ярких и действенных методов психотерапии для младшего школьного возраста. Применительно к детям подросткового возраста с ЗПР, *сказкотерапия* также имеет психокоррекционный эффект, так как у детей данного возраста часто наблюдается психический инфантилизм. Также этот метод подходит для работы с детьми с выраженной агрессивностью, тревожностью, застенчивостью, неуверенностью.

Сказкотерапия – это терапия в условиях особой сказочной обстановки, у детей подросткового возраста с ЗПР в подобных условиях проявляются потенциальные черты личности, нереализованные идеи, появляется чувство защищенности. Данный метод способствует развитию эмпатии, помогает через чувства героев, понять собственные чувства и эмоции. Исследованиями и разработками в данной области занимались И. В. Вачков, Т. В. Зинкевич-Евстигнеева, Д. Ю. Соколов [15].

*Групповая игротерапия* – это один из методов психотерапии, в котором, взаимодействуя друг с другом, дети приобретают навыки взаимодействия, получают новые знания о себе и других детях, учатся контролировать свое поведение в связи с требованиями и правилами, предъявляемыми в игре. Таким образом, игра подразумевается, как терапевтический процесс, в котором ребенок подросткового возраста с ЗПР может осознать свое реальное

«я», происходит повышение его самооценки через развитие потенциальных возможностей. В игре возникает возможность отреагирования и преодоления внутренних конфликтов, страхов, за счет этого снижаются проявления агрессии, беспокойства и так далее. Механизм заключается в том, что в процессе групповой игротерапии, дети подросткового возраста с ЗПР могут взять на себя ответственность, за построение межличностных отношений, помогая друг другу, то есть, приобретается опыт построения взаимно удовлетворяющих отношений. В процессе наблюдения за другими, ребенок подросткового возраста с ЗПР обретает смелость, необходимую для реализации своих стремлений. А. И. Захаров выделяет три основные функции игры, имеющие место в организации терапевтического процесса – диагностическую, терапевтическую и обучающую.

В нашей стране игротерапия применялась Т. П. Симпсон, главным образом для отреагирования аффекта страха. Также С. А. Беличевой, А. М. Власовой, Г. А. Волковой, А. И. Захаровым, В. Е. Рожновым, А. С. Спиваковской и так далее [28].

*Метод аутогенных тренировок* может применяться в работе с детьми подросткового возраста с ЗПР при наличии выраженных межличностных и смешанных конфликтов. В нашей стране разработкой данных психорегулирующих тренировок, занимался И. И. Мамайчук. Данный метод, по мнению ученого, способствует ослаблению эмоционального дискомфорта ребенка, происходит формирование приемов релаксации и развитие навыков саморегуляции и самоконтроля поведения.

В основе метода аутогенный тренировок лежит феномен самовнушения. Воздействие самовнушения происходит только в определенных физиологических условиях, то есть при достижении мышечного расслабления и при снижении уровня бодрствования мозга. В данном состоянии формируются «зоны раппорта», которые дают возможность применения и действия словесных формулировок.

Примером послужат следующие формулы аутогенной тренировки.

1. «Мои руки и ноги тяжелеют».
2. «Мои руки и ноги теплеют».
3. «Мое сердце бьется спокойно и ровно».
4. «Мое дыхание спокойно».

Психолог произносит данные формулы. Обучающиеся сначала вслух, а затем мысленно повторяют их несколько раз вслед за психологом [30].

Таким образом, можно сделать следующие выводы:

- процесс коррекционного воздействия на детей подросткового возраста с ЗПР происходит в специально организованных условиях;
- методы арт-терапии при работе с детьми с ЗПР используются в процессе психолого-педагогического сопровождения;
- основной целью применения данных методов в работе с детьми подросткового возраста с ЗПР является оптимизация их эмоциональной сферы за счет стимулирования психических процессов и формирования позитивной мотивации к познавательной деятельности;
- выбор направлений, методов и приемов при работе с детьми подросткового возраста с ЗПР определяется индивидуальными психологическими особенностями данной категории детей и целями коррекционного воздействия;
- основными методами терапевтической работы можно назвать следующие: изотерапия, музыкотерапия, игротерапия, сказкотерапия, кинезитерапия, аутогенные тренировки и другое;
- отличительной особенностью данных методов в работе с детьми подросткового возраста с ЗПР является их коррекционная направленность, основанная на психологических особенностях данной группы детей.

### **3.2. Программа коррекционных занятий для преодоления негативных эмоциональных состояний у детей подросткового возраста с задержкой психического развития**

#### *Пояснительная записка*

Психологическая коррекция (Психокоррекция) – один из видов психологической помощи; деятельность, направленная на исправление особенностей психологического развития, не соответствующих оптимальной модели, с помощью специальных средств психологического воздействия.

Своевременная организация психокоррекционного воздействия является основным фактором, обуславливающим социальную адаптацию ребенка с ограниченными возможностями здоровья.

Одна из наиболее распространенных форм психического дизонтогенеза – задержка психического развития (ЗПР). При данном типе психического развития наблюдается незрелость отдельных психических функций, чаще эмоционально-волевой сферы. Для психологического развития ребенка с ЗПР подростковый возраст является трудным, но важным периодом. Быстрый темп физиологических, психических и психологических изменений составляет основную сложность данного возраста. В результате чего, дети подросткового возраста с ЗПР, попадая в ситуацию дискомфорта, склонны к фрустрации, стрессу и даже аффектам. Так как в данном возрасте особенно остро переживаются все эмоции.

Таким образом, в работе с детьми подросткового возраста с ЗПР требуется целенаправленная коррекционная работа по преодолению негативных эмоциональных состояний, предполагающая самопознание и самосозерцание внутренних психических явлений и состояний. Основываясь на особенностях задержки психического развития в подростковом возрасте, в коррекции негативных эмоциональных состояний предполагается использовать следующие методы: арт-терапия, психогимнастика, групповая

дискуссия, групповой тренинг.

*Цель* – психологическая коррекция негативных эмоциональных состояний у детей подросткового возраста с ЗПР по средствам группового тренинга.

*Задачи:*

1. Организовать условия для благоприятного эмоционального климата детей подросткового возраста с ЗПР в группе;
2. Помочь детям подросткового возраста с ЗПР в условиях группы пережить позитивные эмоциональные состояния;
3. Научить детей подросткового возраста с ЗПР способам расслабления, саморегуляции;
4. Обучить детей подросткового возраста с ЗПР выражению собственных негативных и позитивных чувств.

*Теоретическая основа*

1. Богатырева Т. Л. Практическому психологу. Цикл занятий с подростками 10-12 лет [7].
2. Беличева С. А. Диагностика и коррекция социальной дезадаптации подростков [5].
3. Горячева Н. Экология души. Школьный психолог. 2003. №23 [11].
4. Давыдов Д. Г. Применение теста «Стандартные прогрессивные матрицы Равена» в режиме ограничения времени. Вопросы психологии. 2016. № 4 [12].
5. Одинцова М. А. Я – целый мир [34].
6. Родионов В. А. Ступницкая М. А., Кардашина О. В. Я и другие. Тренинги социальных навыков. Для учащихся 1-11 классов [38].
7. Колодич Е. Н. Коррекция эмоциональных нарушений у детей и подростков: Учебное пособие для студентов психологических факультетов, практических психологов [20].

*Основные направления реализации программы:*

1. Диагностика негативных эмоциональных состояний детей подросткового возраста с ЗПР:
  - методика «Восьмицветовой тест Люшера» М. Люшера;
  - методика опросник «Самооценка психических состояний личности» Г. Айзенка;
  - методика «Опросник, определяющий склонность к развитию стресса» Т. А. Немчина и Дж. Тейлора;
  - методика «Определение склонности к фрустрации» В. В. Бойко.
2. Анализ результатов диагностики негативных эмоциональных состояний детей подросткового возраста с ЗПР;
3. Коррекционно-развивающая работа, направленная на преодоление негативных эмоциональных состояний детей подросткового возраста с ЗПР;
4. Вторичная диагностика негативных эмоциональных состояний у детей подросткового уровня с ЗПР;
5. Анализ динамики эмоциональных состояний у детей подросткового возраста с задержкой психического развития по результатам коррекционной работы.

*Методологической основой программы являются следующие положения:*

1. Образовательный уровень – среднее звено.
2. Характер освоения – коррекционный и развивающий.
3. Возраст обучающихся – 12-16 лет.
4. Форма организации коррекционного процесса – занятия с элементами тренинга.
5. Периодичность – 2 занятия в неделю.
6. Условия вхождения в программу – дополнительные занятия.
7. Продолжительность одного занятия с элементами тренинга – 35-40 минут.
8. Количество занятий с элементами тренинга – 20.

### *Структура занятий:*

Ритуал приветствия – 3 мин.

Разминка (1-2 упражнения) – 5-10 мин.

Обсуждение прошлого занятия – 3-5 мин.

Основное содержание занятия – 15-20 мин.

Обсуждение текущего занятия и подведение итогов – 5-10 мин.

Ритуал прощания – 3 мин.

### *Адресат*

Данная коррекционная программа рассчитана на обучающихся 7-9 классов в возрасте 12-16 лет с задержкой психического развития.

### *Материалы, оборудование необходимые для реализации данной программы:*

- кабинет (две зоны: рабочая и зона отдыха);
- методические пособия;
- бланки регистрации ответов и действий;
- раздаточный материал.

Ниже в таблице 3 представлен тематический план коррекционной программы психологической коррекции негативных эмоциональных состояний у детей подросткового возраста с ЗПР.

*Таблица 3*

### ***Тематический план программы психологической коррекции негативных эмоциональных состояний у детей подросткового возраста с задержкой психического развития***

Тема	Цели занятий	Наименование форм работы, упражнений (без подробных описаний)
<b>Вводный этап</b>		
1 занятие. Знакомство.	- знакомство участников группы с психологом; - выработка норм поведения на занятиях.	Беседа-знакомство. Упражнение «Меня зовут...» [7]. Выработка правил поведения на занятиях. Создание плаката «Наши правила». Рефлексия.

Основной этап		
2 занятие. Талант	- знакомство с внутренним механизмом таланта; - анализ собственного механизма таланта.	Упражнение «Оркестр» [37]. Беседа «Ознакомление с внутренним механизмом таланта»; Упражнение «Все мы – таланты» [33]. Рефлексия.
3 занятие. Энергия.	- определение эффективной трудоспособности; - определение источников энергопотенциала.	Беседа «Что такое источник энергии». Упражнение «Энергия внутри меня» [33]. Беседа «Источники энергии». Рекомендации. Рефлексия.
4 занятие. Функциональные состояния человека.	- знакомство с функциональными состояниями человека и способами оптимизации неблагоприятных функциональных состояний.	Беседа «Функциональные состояния человека». Упражнение «Лифт» [33]. Рекомендации. Рефлексия.
5 занятие. Овладение техниками саморегуляции.	- знакомство с техниками расслабления, саморегуляции; - закрепление положительных эмоциональных ощущений от занятия.	Беседа «Техники расслабления». Упражнение «Разозлились – одумались» [37]. Упражнение «Воздушный шар» [33]. Рекомендации. Рефлексия.
6 занятие. Эмоциональное самовыражение.	- актуализация знаний детей об эмоциональной сфере человека; - развитие у детей способности к эмоциональному самовыражению.	Беседа. Упражнение «Оркестр» [37]. Упражнение «Закончи предложения» [37]. Упражнение «Попугай» [37]. Этюд «Покажи мне дневник» [37]. Упражнение «Рисунок чувств» [37]. Рефлексия.
7 занятие. Изменение эмоционального фона.	- тренировка смены эмоционального фона настроения.	Беседа «Как я могу повлиять на мое настроение». Упражнение «Добрая фея – злая фея» [11]. Самопрезентация. Упражнение «Веселый король – грустный король» [11]. Самопрезентация. Рефлексия.



8 занятие. Осознание своих сильных сторон.	- создание детям условий для поиска своих сильных сторон; - тренировка уверенного поведения в ситуации публичного выступления.	Беседа. Упражнение «Разборка имени» [33]. Самопрезентация. Упражнение «Рекомендации» [33]. Упражнение «Абстрактная живопись» [33]. Рефлексия.
9 занятие. Развитие эмпатии.	- развитие способности к эмпатии.	Беседа «Эмпатия и с чем ее едят». Упражнение «Черная рука - белая рука» [37]. Упражнение «Обезьянка и зеркало» [7]. Этюд «Доброта» [37]. Этюд «Разговор по телефону» [37]. Рефлексия.
10 занятие. Развитие уверенного поведения.	- сформировать образ уверенного поведения; - проработать уверенное поведение в ситуации публичного выступления.	Беседа. Упражнение «Разозлились - одумались» [7]. Упражнение «Лучшее во мне» [33]. Упражнение «Десять заповедей неудачника» [33]. Самопрезентация. Упражнение «Акустики» [33]. Рефлексия.
11 занятие. Тонкости общения (сочувствие, извинения, комплимент, просьба).	- развитие навыков бесконфликтного взаимодействия.	Беседа. Упражнение «За и против» [37]. Упражнение «Ты мне нравишься, потому что...» [7]. Рефлексия.
12 занятие. Групповая сплоченность.	- развитие у детей навыков сотрудничества; - определение степени доверия друг другу; - развитие готовности брать ответственность на себя за другого.	Беседа. Упражнение «Слепой и поводырь» [7]. Упражнение «Комплименты» [37]. Упражнение «Путаница» [7]. Упражнение «Пожелания» [37]. Рефлексия.
13 занятие. Тренировка эмоционального состояния.	- оценка и тренировка эмоционального состояния, а также выяснение уровня самооценки.	Беседа «Семь цветов радуги». Упражнение «Цветик-семицветик» [11]. Упражнение «Дерево» [11]. Рефлексия.
14 занятие. Сложные жизненные ситуации.	- определение поведенческих моделей, обсуждение альтернативных вариантов реагирования на сложные ситуации.	Беседа «С каждым может случиться». Упражнение «Что дальше?» [33]. Рефлексия.

*Продолжение таблицы 3*

15 занятие. Индивидуальность.	-формирование уверенности в себе; - принятие своей индивидуальности.	Беседа «Каждый из нас уникален». Упражнение «Я подарок для мира, потому что...» [37]. Упражнение «Я свободен» [33]. Рефлексия.
16 занятие. Тренировка эмоционального состояния.	-тренировка эмоционального состояния, переключения и устойчивости этого состояния.	Беседа «Все зависит от настроения» Упражнение «Лесенка настроений» [11]. Упражнение «Две бабочки» [11]. Рефлексия.
17 занятие. Активизация внутренних ресурсов. Память.	- развитие свойств памяти.	Беседа. Упражнение «Странный зоопарк» [37]. Упражнение «Цветочный ковёр» [11]. Упражнение «Шифровальщик» [37]. Рефлексия.
18 занятие. Активизация внутренних ресурсов. Внимание.	- развитие свойств восприятия.	Беседа. Упражнение «Разноцветные цвета» [37]. Упражнение «Матрицы» [12]. Упражнение «Чего не хватает?» [7]. Рефлексия.
19 занятие. Активизация внутренних ресурсов. Мышление.	- формирование позитивного мышления; -создание своего желаемого «Я-образа».	Беседа. Упражнение «Образ меня» [33]. Упражнение «Мои цели» [33]. Упражнение «Солнце» [33]. Рефлексия.
<b>Заключительный этап</b>		
20 занятие. Целеполагание.	- формирование способности к целеполаганию.	Беседа. Упражнение «Лесенка моего успеха» [37]. Самопрезентация. Рефлексия.

Полное описание проведенных упражнений представлены в приложении 6, конспекты занятий в приложении 7, работы обучающихся в приложениях 8-12.

*Планируемый результат*

Результатами работы по данной программе ожидается снижение уровня негативных эмоциональных состояний у детей подросткового возраста с ЗПР.

Определить результативность проведенной работы поможет сравнительный анализ результатов первой и итоговой диагностики, которая будет проведена после всех предусмотренных программой занятий и тренингов. Результаты сравнительного анализа помогут сделать вывод о том, была ли достигнута цель и были ли решены поставленные задачи, а так же позволит внести необходимые изменения и дополнения в программу, если это будет необходимо.

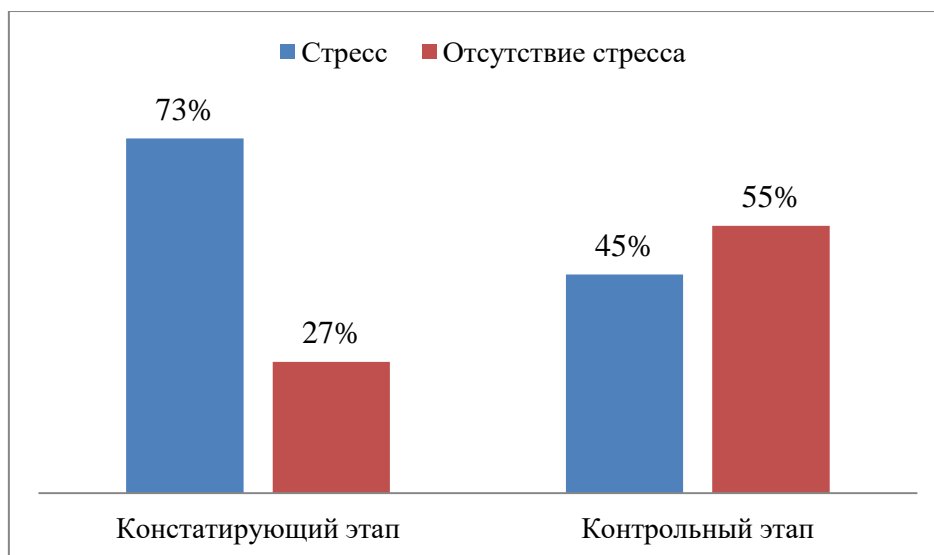
### **3.3. Анализ динамики эмоциональных состояний у детей подросткового возраста с задержкой психического развития по результатам коррекционной работы**

В ходе частичной апробации программы коррекционных занятий для преодоления негативных эмоциональных состояний у детей подросткового возраста с ЗПР, было реализовано 10 занятий (вводный этап – 1 занятие; основной этап – 8 занятий; заключительный этап – 1 занятие). С целью определения эффективности данной коррекционной программы была проведена вторичная диагностика. Использовались ранее применявшиеся методики: «Восьмицветовой тест Люшера» М. Люшера, «Самооценка психических состояний личности» Г. Айзенка, «Опросник, определяющий склонность к развитию стресса» Т. А. Немчина и Дж. Тейлора, методика «Определение склонности к фрустрации» В. В. Бойко.

#### **Результаты контрольного этапа эксперимента по диагностической методике «Восьмицветовой тест Люшера» №1**

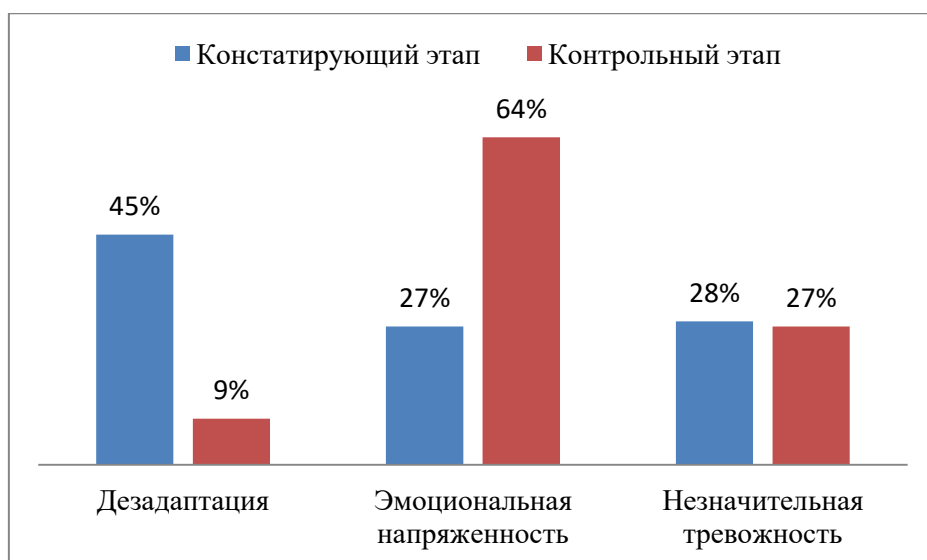
Повторная диагностика по методике «Восьмицветовой тест Люшера» М. Люшера, направленной на выявление направленности обучающихся на определенное настроение, функциональное и эмоциональное состояние

показала положительную динамику. Из рисунка 9 можно пронаблюдать, что по показателю «Стресс» число обучающихся испытывающих сильный стресс уменьшилось на 28% и составляет 45%, таким образом, больше чем у половины группы (55%) данное состояние на момент обследования не проявляется.



**Рис. 9. Сравнительные данные по показателю «Стресс»**

По показателю «Преобладающее эмоциональное состояние», у 9% обучающихся класса наблюдается состояние дезадаптации, проявляющееся как в физическом, так и психологическом плане, это на 36% ниже показателя выявленного при первичной диагностике. 64% класса испытывают общую эмоциональную напряженность, это на 37% выше показателя выявленного при первичной диагностике, и 27% обучающихся группы испытывают лишь незначительную тревожность. Результаты представлены на рисунке 10.



**Рис. 10. Сравнительные данные по показателю «Преобладающее эмоциональное состояние»**

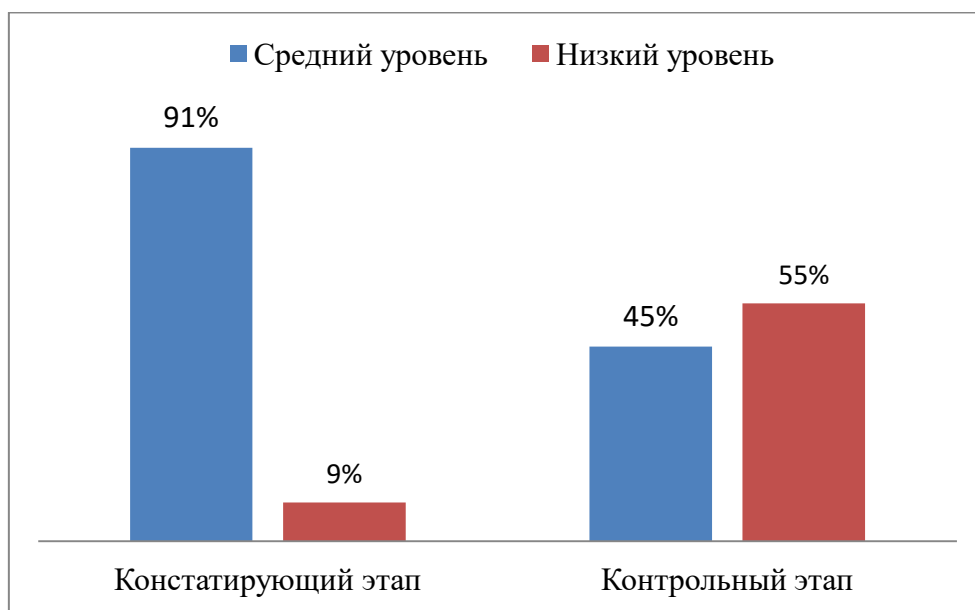
Таким образом, можно сделать вывод о том, что по итогам повторной диагностики по методике «Восьмицветовой тест Люшера», для 45% обучающихся группы характерно постоянно испытывать сильный стресс в результате непонимания со стороны окружающих, разочарования и конфликтов и так далее, этот показатель уменьшился на 28% по сравнению с первичной диагностикой. Для 9% обучающихся свойственно испытывать стойкое состояние дезадаптации, что на 36% ниже показателя выявленного при первичной диагностике. В результате снижения уровня дезадаптации произошло повышение уровня эмоциональной напряженности (64%), что на 37% выше показателя выявленного при первичной диагностике. Что в целом может говорить о плохой социализированности, в то же время проявлениях ранимости, обидчивости, тревожности.

Показатели и процентное соотношение шкал у группы обучающихся указаны в приложении 13.

### **Результаты контрольного этапа эксперимента по диагностической методике «Самооценка психических состояний личности» №2**

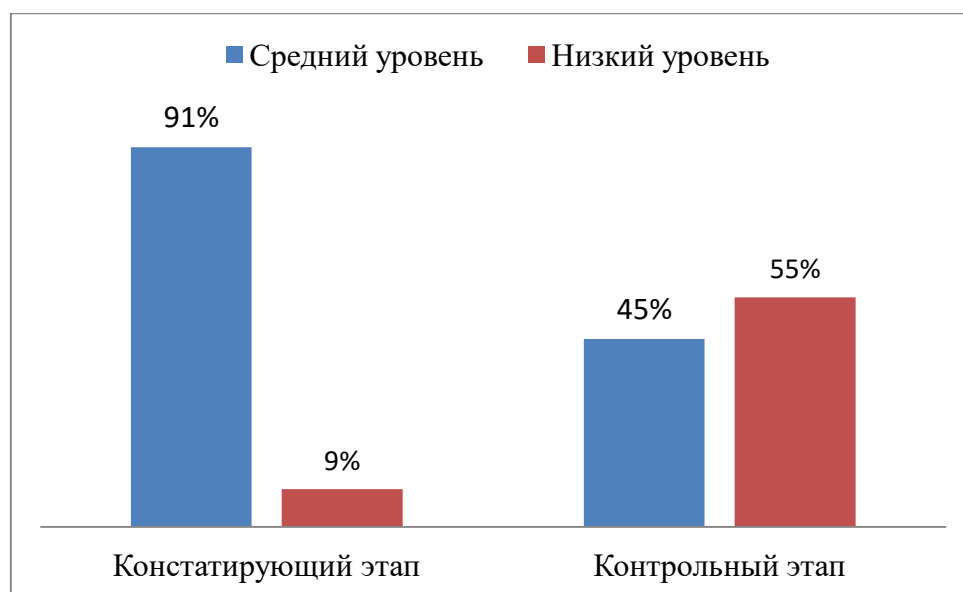
Повторная диагностика по методике «Самооценка психических состояний личности» Г. Айзенка, направленной на выявление уровня

тревожности, фрустрации, агрессии и ригидности, позволяет сделать следующие выводы: у 55% обучающихся группы выявлен низкий уровень по показателю «Тревожность», что на 46% выше показателя выявленного при первичной диагностике. Средний уровень составил 45%, что на 46% ниже показателя выявленного при первичной диагностике, высокого уровня выявлено не было. Результаты представлены на рисунке 11.



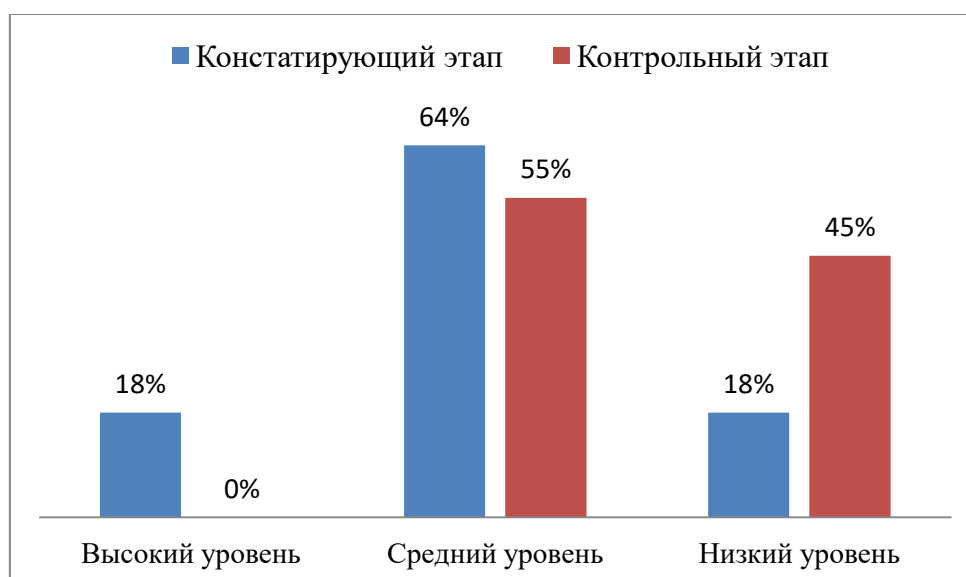
***Рис. 11. Сравнительные данные по показателю «Тревожность»***

По показателю «Фрустрация» у большинства обучающихся группы (55%) отмечается низкий уровень фрустрации, что на 46% выше показателя выявленного при первичной диагностике. Высокого уровня выявлено не было, средний уровень составляет 45%, что на 46% ниже показателя выявленного при первичной диагностике. Результаты представлены на рисунке 12.



**Рис. 12. Данные по показателю «Фрустрация»**

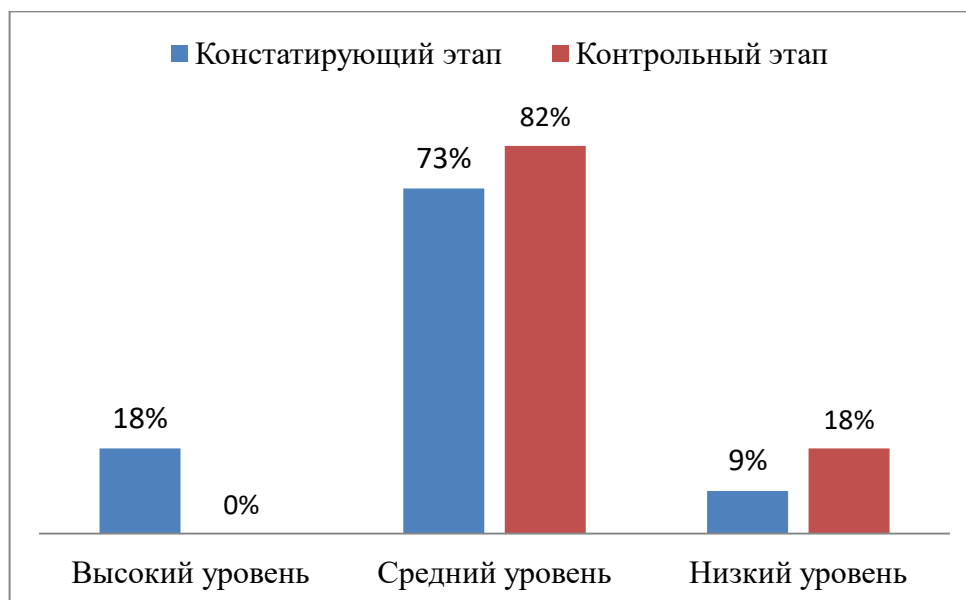
По показателю «Агрессивность» у большинства обучающихся (55%) отмечается средний уровень агрессивности, что на 9% ниже показателя выявленного при первичной диагностике. Высокий уровень выявлен не был, низкий уровень отмечается у 45% обучающихся группы, что на 27% выше показателя выявленного при первичной диагностике. Результаты представлены на рисунке 13.



**Рис. 13. Данные по показателю «Агрессивность»**

По показателю «Ригидность», средний уровень ригидности выявлен у

82% обучающихся группы, что на 9% выше показателя выявленного при первичной диагностике, высокого уровня и сильно выраженной ригидности выявлено не было. У 18% обучающихся ригидности нет, что на 9% выше показателя выявленного при первичной диагностике, что свидетельствует о легкой переключаемости. Данные представлены на рисунке 14.



**Рис. 14. Сравнительные данные по показателю «Ригидность»**

Таким образом, можно сделать вывод о том, что по итогам методики «Самооценка психических состояний личности», у 45% обучающихся уровень тревожности и фрустрации соответствуют среднему, и низкому уровню соответствуют 55%, данные показатели находятся в пределах нормы. У 55% агрессивность также в пределах нормы (среднего уровня), и у 45% уровень низкий. У 82% данные по показателю «Регидность», также находятся в пределах нормы (среднего уровня), и у 18% наблюдается низкий уровень ригидности, что проявляется в легкой переключаемости.

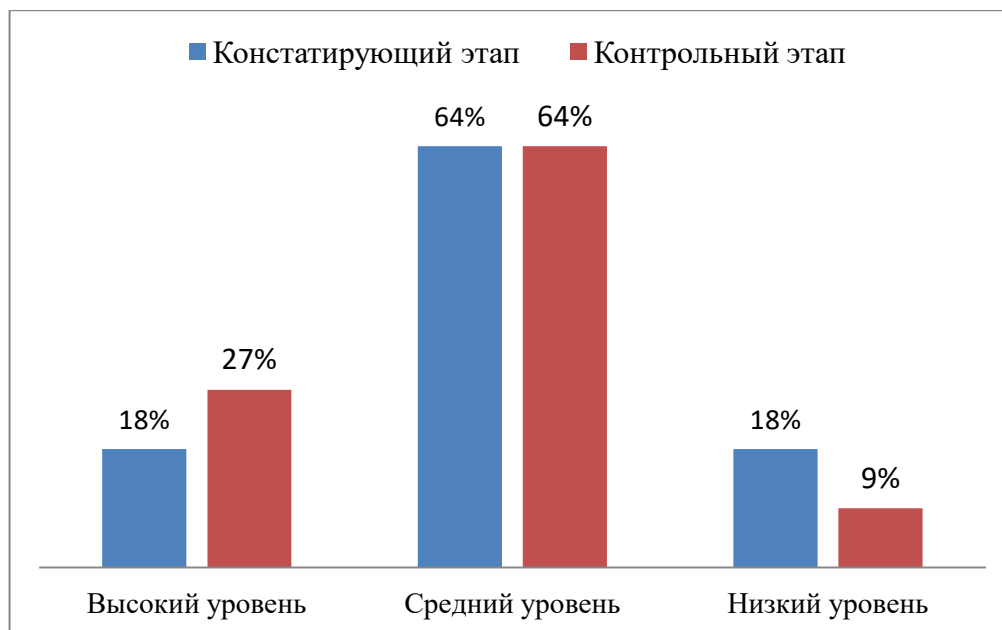
Показатели и процентное соотношение шкал у группы обучающихся указаны в приложении 14.

### **Результаты констатирующего этапа эксперимента по диагностической методике «Опросник, определяющий склонность к развитию стресса» №3**

Повторная диагностика по методике «Самооценка психических



состояний личности» направленной на выявление склонности к развитию стресса, позволяет сделать следующие выводы: у 64% обучающихся выявлена средняя стрессоустойчивость как и при первичной диагностике, у 27% выявлена высокая стрессоустойчивость, что на 9% выше показателя выявленного при первичной диагностике. Лишь у 9% обучающихся выявлен низкий уровень стрессоустойчивости. Данные представлены на рисунке 15.



***Рис. 15. Данные по показателю «Стрессоустойчивость»***

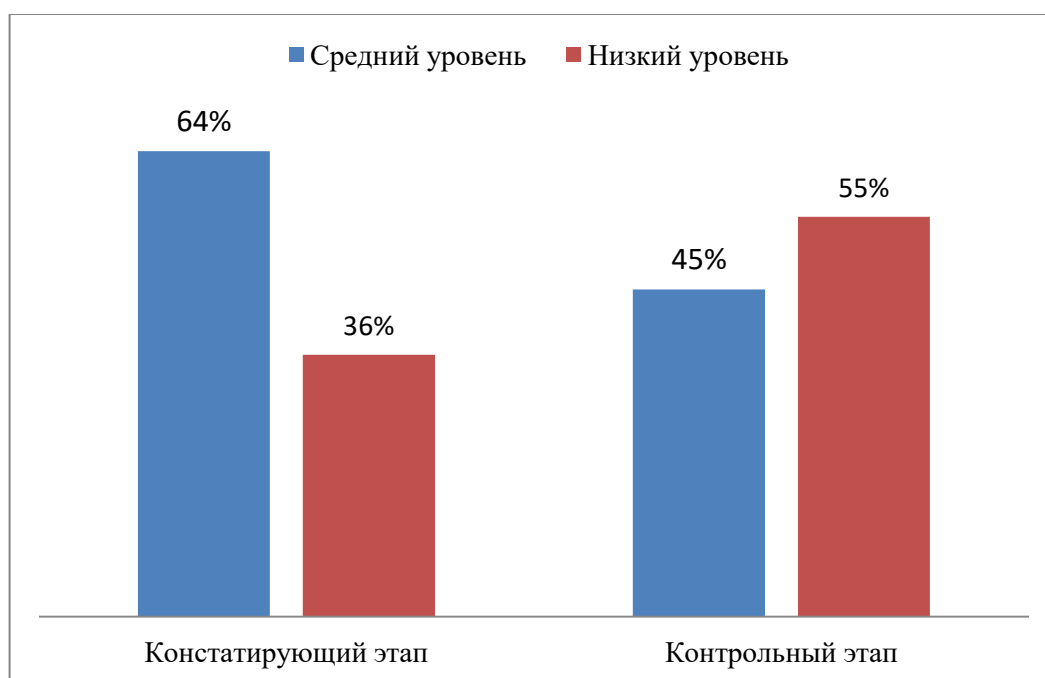
Таким образом, можно сделать вывод о том, что по итогам методики «Опросник, определяющий склонность к развитию стресса», у 64% обучающихся выявлена средняя стрессоустойчивость и при отсутствии адекватных мер (использование приемов саморегуляции и других «антистресс-технологий») существует вероятность развития негативных последствий стресса. Низкая стрессоустойчивость отмечается у 9%, что свидетельствует о том, что данные обучающиеся пребывают в состоянии стресса, резервы организма близки к истощению.

Показатели и процентное соотношение шкал у группы обучающихся указаны в приложении 15.

### **Результаты констатирующего этапа эксперимента по диагностической методике «Определение склонности к фрустрации» №4**

Повторная диагностика по методике «Определение склонности к фрустрации» В. В. Бойко, которая направлена на выявление склонности к фрустрации позволяет сделать следующие выводы.

Из рисунка 16 видно, что у большинства обучающихся (55%) низкий уровень фрустрации, что на 19% выше показателя выявленного при первичной диагностике.



***Рис. 16. Сравнительные данные по показателю «Склонность к фрустрации»***

Таким образом, можно сделать вывод о том, что по итогам методики «Определение склонности к фрустрации» В. В. Бойко, у 55% обучающихся группы выявлен низкий уровень склонности к фрустрации. У 45% выявлена устойчивая тенденция к фрустрации и при отсутствии специальных мер (использование приемов саморегуляции и других «антифрустрационных технологий») существует вероятность развития негативных последствий фрустрации.

Показатели и процентное соотношение шкал у группы обучающихся указаны в приложении 16.

Таким образом, итогом контрольного эксперимента, становится анализ динамики эмоциональных состояний у детей подросткового возраста с ЗПР по результатам коррекционной работы. Данные представлены в таблице 4, курсивом выделены положительные изменения.

Таблица 4

**Анализ динамики эмоциональных состояний у детей подросткового возраста с задержкой психического развития по результатам коррекционной работы**

№ Ф.И		Методика №1	Методика №2	Методика №3	Методика №4	Анализ результатов
1. Саша Б.	Констатирующий этап	Эмоциональная напряженность.	Тревожность средняя, допустимого уровня; низкий уровень фрустрации; низкий уровень агрессивности; средний уровень ригидности.	Средний уровень. Средняя стрессоустойчивость.	Низкий уровень. Фрустрация отсутствует.	Уравновешенность, самообладание, склонность обдумывать свои действия, имеет высокую самооценку, устойчив к неудачам, не боится трудностей. Чувствует себя в безопасности, свойственно благополучное эмоциональное состояние. Уровень тревожности, агрессивности, фрустрации, стрессоустойчивости снизился со среднего, до низкого.
	Контрольный этап	Эмоциональная напряженность.	<i>Низкий уровень тревожности; низкий уровень фрустрации; низкий уровень агрессивности; средний уровень ригидности.</i>	Низкий уровень. Высокая стрессоустойчивость.	Низкий уровень. Фрустрация отсутствует.	

2. Данил В.	Констатирующий этап	<i>Состояние дезадаптации. Стресс.</i>	Тревожность средняя, допустимого уровня; средний уровень, фрустрация имеет место; <i>высокий уровень агрессии</i> ; средний уровень ригидности.	Средний уровень. Средняя стрессоустойчивость.	Средний уровень. Есть устойчивая тенденция к фрустрации.	Уравновешенность, самообладание, склонность обдумывать свои действия, имеете высокую самооценку, устойчив к неудачам, не боится трудностей. Чувствует себя в безопасности, свойственно благополучное эмоциональное состояние. Высокий уровень агрессии снизился до допустимого среднего, состояния дезадаптации и стресса больше не наблюдается. Уровень фрустрации снизился со среднего, до низкого.
	Контрольный этап	Эмоциональная напряженность.	Тревожность средняя, допустимого уровня; средний уровень, фрустрация имеет место; средний уровень агрессивности; средний уровень ригидности.	Средний уровень. Средняя стрессоустойчивость.	<i>Низкий уровень. Фрустрация отсутствует.</i>	

3. Маша К.	Констатирующий этап	Незначительная тревожность. Раздражительность.	Тревожность средняя, допустимого уровня; средний уровень, фрустрация имеет место; средний уровень агрессивности; средний уровень ригидности.	Средний уровень. Средняя стрессоустойчивость.	Средний уровень. Есть устойчивая тенденция к фрустрации.	Уравновешенность, самообладание, склонность обдумывать свои действия. Чувствуют себя в безопасности, свойственно благополучное эмоциональное состояние. Активность в поведении, свойственен положительный фон настроения. Зависима от расположения других людей. Уровень тревожности снизился со среднего, до низкого.
	Контрольный этап	Эмоциональная напряженность.	<i>Низкий уровень тревожности;</i> средний уровень, фрустрация имеет место; средний уровень агрессивности; средний уровень ригидности.	Средний уровень. Средняя стрессоустойчивость	Средний уровень. Есть устойчивая тенденция к фрустрации.	

4. Егор К.	Констатирующий этап	Незначительная тревожность.	Тревожность средняя, допустимого уровня; средний уровень, фрустрация имеет место; средний уровень агрессивности; средний уровень ригидности.	Низкий уровень. Высокая стрессоустойчивость.	Низкий уровень. Фрустрация отсутствует.	Уравновешенность, самообладание, склонность обдумывать свои действия, имеете высокую самооценку, устойчив к неудачам, не боится трудностей. Чувствует себя в безопасности, свойственно благополучное эмоциональное состояние. Не подвержен эмоциональным срывам, не зависим от расположения других людей. Уровень агрессивности снизился со среднего до низкого.
	Контрольный этап	Незначительная тревожность.	Тревожность средняя, допустимого уровня; средний уровень, фрустрация имеет место; <i>низкий уровень агрессивности</i> ; средний уровень ригидности	Низкий уровень. Высокая стрессоустойчивость.	Низкий уровень. Фрустрация отсутствует.	
5. Полина К.	Констатирующий этап	Эмоциональная напряженность.	Тревожность средняя, допустимого уровня; средний уровень, фрустрация имеет место; средний уровень агрессивности; средний уровень ригидности	Средний уровень. Средняя стрессоустойчивость.	Средний уровень. Есть устойчивая тенденция к фрустрации.	Уравновешенность, самообладание, склонность обдумывать свои действия, устойчива к неудачам, не боится трудностей. Чувствуют себя в безопасности, свойственно благополучное эмоциональное состояние. Активность в поведении, свойственен положительный фон настроения. Мало подвержена эмоциональным срывам, не зависима от расположения других людей.

	Контрольный этап	Эмоциональная напряженность.	Тревожность средняя, допустимого уровня; <i>низкий уровень фрустрации; низкий уровень агрессивности; средний уровень ригидности.</i>	Средний уровень. Средняя стрессоустойчивость.	Средний уровень. Есть устойчивая тенденция к фрустрации.	Уровень фрустрации и агрессии снизился со среднего, до низкого.
6. Лиза К.	Констатирующий этап	Эмоциональная напряженность.	Тревожность средняя, допустимого уровня; средний уровень, фрустрация имеет место; средний уровень агрессии; <i>высокий уровень ригидности.</i>	<i>Высокий уровень. Пребывает в состоянии стресса.</i>	Средний уровень. Есть устойчивая тенденция к фрустрации.	Свойственны признаки сниженного уровня самоконтроля и высокой импульсивности, повышенная эмоциональная лабильность, частая смена настроений. Может проявляться импульсивность, активность в поведении, свойственен положительный фон настроения. Подвержена эмоциональным срывам. Высокий уровень
	Контрольный этап	Эмоциональная напряженность.	Тревожность средняя, допустимого уровня; <i>низкий уровень фрустрации; средний уровень агрессивности; средний уровень ригидности.</i>	Средний уровень. Средняя стрессоустойчивость	Средний уровень. Есть устойчивая тенденция к фрустрации.	уровень ригидности и стресса снизился до среднего, допустимого. Уровень фрустрации снизился со среднего, до низкого.

7. Наташа Л.	Констатирующий этап	Психологический и физиологический стресс.	Тревожность средняя, допустимого уровня; средний уровень, фрустрация имеет место; средний уровень агрессии; средний уровень, ригидности.	Низкий уровень. Высокая стрессоустойчивость.	Средний уровень. Есть устойчивая тенденция к фрустрации.	Уравновешенность, самообладание, склонность обдумывать свои действия. Чувствуют себя в безопасности, свойственно благополучное эмоциональное состояние. Пассивность в поведении, свойственен положительный фон настроения. Мало подвержена эмоциональным срывам, не зависима от расположения других людей. Уровень тревожности, агрессивности и фрустрации снизился со среднего, до низкого. Психологический и физиологический стресс не проявляется.
	Контрольный этап	Эмоциональная напряженность.	Низкий уровень тревожности; средний уровень, фрустрация имеет место; низкий уровень агрессивности; средний уровень ригидности.	Низкий уровень. Высокая стрессоустойчивость.	Низкий уровень. Фрустрация отсутствует.	
8. Катя С.	Констатирующий этап	Эмоциональная напряженность. Стресс.	Тревожность средняя, допустимого уровня; средний уровень, фрустрация имеет место; высокий уровень агрессивности; высокий уровень ригидности.	Средний уровень. Средняя стрессоустойчивость.	Низкий уровень. Фрустрация отсутствует.	Свойственные признаки сниженного уровня самоконтроля и высокой импульсивности, агрессивна, не выдержана, есть трудности при общении и работе с людьми, повышенная эмоциональная лабильность, частая смена настроений, либо доминирование повышенного настроения. Ранима, не может справиться с обидой, тревогой, возможен резкий переход к гневу и агрессии,



	Контрольный этап	Эмоциональная напряженность.	Тревожность средняя, допустимого уровня; средний уровень, фрустрация имеет место; средний уровень агрессивности; средний уровень ригидности.	Средний уровень. Средняя стрессоустойчивость.	Низкий уровень. Фрустрация отсутствует.	отмечается мстительность. Уровень стресса, агрессивности и ригидности снизился с высокого, до допустимого среднего.
9. Майя С.	Констатирующий этап	<i>Состояние дезадаптации. Стресс и беспокойство.</i>	Тревожность средняя, допустимого уровня; средний уровень, фрустрация имеет место; средний уровень агрессивности; средний уровень ригидности.	Средний уровень. Средняя стрессоустойчивость.	Средний уровень. Есть устойчивая тенденция к фрустрации.	Свойственные признаки сниженного уровня самоконтроля и высокой импульсивности, повышенная эмоциональная лабильность, частая смена настроений, либо доминирование повышенного настроения. Активность в поведении, свойственен положительный фон настроения. Мало подвержена
	Контрольный этап	Незначительная тревожность.	<i>Низкий уровень тревожности; низкий уровень фрустрации; средний уровень агрессивности; средний уровень ригидности.</i>	Средний уровень. Средняя стрессоустойчивость.	Средний уровень. Есть устойчивая тенденция к фрустрации.	эмоциональным срывам, не зависима от расположения других людей. Состояния дезадаптации, стресса и беспокойства не наблюдается. Уровень тревожности, фрустрации снизился со среднего, до низкого.

10. Оксана У.	Констатирующий этап	Эмоциональная напряженность.	Низкий уровень тревожности; низкий уровень фрустрации; низкий уровень агрессивности; низкий уровень ригидности.	Средний уровень. Средняя стрессоустойчивость.	Низкий уровень. Фрустрация отсутствует.	Уравновешенность, самообладание, склонность обдумывать свои действия, не тревожна, устойчива к неудачам, не боится трудностей. Она чувствуют себя в безопасности, ей свойственно благополучное эмоциональное состояние.
	Контрольный этап	Незначительная тревожность.	<i>Низкий уровень тревожности; низкий уровень фрустрации; низкий уровень агрессивности; ригидности нет.</i>	Средний уровень. Средняя стрессоустойчивость.	Низкий уровень. Фрустрация отсутствует.	Она меньше подвержена эмоциональным срывам, не так зависима от расположения других людей. Сохраняется низкий уровень тревожности, фрустрации, агрессивности и ригидности.
11. Влад Ч.	Констатирующий этап	<i>Состояние дезадаптации. Стресс.</i>	Тревожность средняя, допустимого уровня; средний уровень, фрустрация имеет место; средний уровень агрессивности; средний уровень ригидности.	<i>Высокий уровень. Пребывает в состоянии стресса.</i>	Средний уровень. Есть устойчивая тенденция к фрустрации.	Свойственны признаки сниженного уровня самоконтроля и высокой импульсивности, повышенная эмоциональная лабильность, частая смена настроений, либо доминирование сниженного настроения. Замкнутость, застенчивость, погруженность в себя, необщителен, в то же время раним, обидчив, тревожен. Состояние дезадаптации и стресса сохраняются. Уровень тревожности, фрустрации и ригидности снижен со среднего до низкого.

Продолжение таблицы 4

	Контрольный этап	Состояние дезадаптации. Стресс.	Низкий уровень тревожности; низкий уровень фрустрации; средний уровень агрессивности; низкий уровень ригидности.	Высокий уровень. Пребывает в состоянии стресса.	Средний уровень. Есть устойчивая тенденция к фрустрации.	
<b>Выводы:</b>						<b>73% обучающихся испытывают адекватные эмоциональные состояния;</b> <b>27% обучающихся испытывают неадекватные эмоциональные состояния.</b>

Подводя итог всему выше представленному, можно сделать вывод о том, что 73% обучающихся группы испытывают адекватные эмоциональные состояния, что на 18% выше результатов первичной диагностики, им свойственны уравновешенность, самообладание, склонность обдумывать свои действия. Таким образом, 27%, что на 18% ниже результатов первичной диагностики, свойственны признаки сниженного уровня самоконтроля и высокой импульсивности, повышенная эмоциональная лабильность, частая смена настроений, либо доминирование сниженного (повышенного) настроения, что позволяет говорить о неадекватности их эмоциональных реакций. Данную коррекционную программу можно считать эффективной.

### **3.4. Методические рекомендации для педагогов по оптимизации эмоциональной сферы у детей подросткового возраста с задержкой психического развития**

На основе анализа психолого-педагогической литературы по заявленной проблеме, подбора комплекса диагностических методик, направленных на изучение негативных эмоциональных состояний у детей подросткового возраста с ЗПР. А также, ходе изучения требований к условиям проведения эксперимента мы можем обозначить следующие проблемы: как и для нормально развивающихся сверстников, для детей подросткового возраста с ЗПР характерна большая эмоциональная возбудимость, большая устойчивость эмоциональных переживаний. Отличительным является то, что повышенная готовность к ожиданию страха у детей данного возраста с ЗПР по сравнению с нормально развивающимися сверстниками будет наблюдаться в большей степени, как и возникновение излишне сильного переживания по поводу оценки их другими, так и по поводу самооценки. Таким образом, возникает острая необходимость корректировать данные проявления у данной категории детей.

В современной психолого-педагогической практике уже существует ряд программ, направленных на коррекцию и преодоление негативных эмоциональных состояний. К таким программам относятся вышеуказанные программы таких авторов как Т. Л. Богатырева, О. В. Кардашина, М. А. Одинцова, В. А. Родионов, М. А. Ступницкая и прочие.

Коррекционное воздействие направлено в основном на поведенческий уровень, но в случае психологической работы с детьми подросткового возраста с ЗПР, важно учесть особенности данной формы дизонтогенеза, а именно проявления эмоциональной незрелости. В процессе преодоления данных особенностей, особое внимание уделяется развитию социального интеллекта и социальной адаптации. В зависимости от формы и проявлений

нарушений эмоциональной сферы, для каждой категории обучающихся разрабатываются тренинговые программы, которые могут включать различные упражнения. Например, упражнения направленные на формирование социальных умений, таких как восприятие невербальных и вербальных особенностей человека при взаимодействии и во время общения, либо упражнения направленные на анализ поведения людей в проблемных и обыденных ситуациях. А также упражнения на развитие понимания особенностей человеческих взаимоотношений, формирование способности к рефлексии своих действий или поступков других, ориентирование в общепринятых нормах и правилах поведения [29].

Процесс обучения данной категории детей, должен строиться в зависимости от психологического климата в классе и от того, в каких отношениях ребенок подросткового возраста находится со сверстниками, а также от степени включенности в коллектив класса. При выявлении негативных межличностных отношений, требуется принять меры, а именно, выявить причину конфликта и устранить ее, изменить положение, сделать все необходимое, для того чтобы ребенок подросткового возраста с ЗПР не подвергся действию стресса. Также, часто различные сложности возникают вне процесса обучения и касаются напрямую личностной сферы ребенка. Обычно это возникающие на разной почве внутриличностные конфликты, либо объективные или субъективные трудности. В случае проявления данных состояний требуется осторожность и продуманность в общении с детьми подросткового возраста с ЗПР. Необходимо оказание помощи в поиске психологически правильного выхода из сложившейся ситуации. В случае, если ситуация кажется не разрешимой, необходимо помочь ребенку изменить свое отношение к ней. Таким образом, неподчинение педагогу не всегда можно расценивать, как нежелание выполнять поручение, данное поведение может быть вызвано другими причинами [8].

Внеучебная деятельность, помимо процесса обучения, занимает не малое место в жизни ребенка подросткового возраста и также, оказывает

влияние на эмоциональную сферу. В этот период внешкольные интересы могут быть самыми разнообразными, так как ребенок находится в поиске «себя». Это могут быть различные занятия в каких-либо организованных внешкольных учреждениях (секции, кружки), но не редки случаи времяпрепровождения в дворовых компаниях оказывающих негативное влияние.

Потребность ребенка подросткового возраста в общении со сверстниками носит позитивное влияние на развитие эмоциональной сферы, но также может оказывать и негативное. Возникая, эта потребность с возрастом усиливается, общение с родителями уже не может заменить общение со сверстниками, так как в подростковом возрасте поведение становится коллективно-групповым. Причиной также служит то, что для ребенка подросткового общения со сверстниками – важный канал информации, по которому они узнают многие необходимые для них знания, которые по тем или иным причинам не сообщают взрослые. Например, большинство информации по вопросам пола или сексуального развития, ребенок подросткового возраста получает от сверстников. Поэтому, отсутствие данного вида общения может задержать психосексуальное развитие ребенка подросткового возраста, либо наоборот ускорить и придать ему нездоровый характер. Также, что важно, это особый вид межличностных отношений. Ведь в обществе сверстников взаимоотношения строятся на равных и определенный статус сначала нужно заслужить, из-за этого присутствует элемент соревнования, которого нет в отношениях ребенка подросткового возраста с взрослыми, в результате это служит определенной школой жизни. Нельзя не отметить, данный вид общения, это – особый вид эмоционального контакта между сверстниками. Когда ребенок подросткового возраста чувствует принадлежность к группе, солидарность и товарищескую взаимопомощь, это значительно облегчает ему становление самостоятельности и дает чувство эмоционального благополучия и устойчивости. Факт того, что он сумел заслужить уважение своих

сверстников, имеет для самооценки и самоуважения подростка большое значение. Задача педагога при работе с детьми подросткового возраста с ЗПР, способствовать гармонизации данного вида отношений и в случае конфликтов, способствовать их разрешению [31].

Застенчивость ребенка подросткового возраста является одной из распространенных трудностей. Самим ребенком она воспринимается негативно, как нежелательное качество, с которым необходимо бороться. Чтобы преодолеть застенчивость и облегчить трудности общения, дети подросткового возраста могут специально, наиграно относиться к участникам общения агрессивно, не испытывая при этом к ним никакого зла. В результате чего, окружающих часто удивляет необоснованная грубость детей подросткового возраста. Либо хамство, которое рассчитано на определенную аудиторию и служит способом самоутверждения. В данном случае, педагог может провести просветительскую беседу с обучающимся по преодолению застенчивости и о способах вступления в контакт [39].

Во внеучебную деятельность детей подросткового возраста, педагог может включить занятия с элементами тренинга, игры, упражнения, беседы, что будет способствовать изучению сторон собственной личности детьми подросткового возраста, поможет преодолеть или предотвратить различные конфликты, стрессовые ситуации. Для благоприятного развития эмоциональной сферы детей подросткового возраста, возможно привлечение к взаимодействию психолога образовательной организации для проведения социально-психологических тренингов, включающий метод групповой дискуссии. Данный тренинг направлен на приобретение социально полезных знаний, грамотности в общении, на становление адекватной самооценки, на понимание себя и других [4].

В качестве мер по оптимизации эмоциональной сферы детей подросткового возраста с ЗПР, полезны следующие положения, выдвинутые психологами Г. Л. Лендрет, О. А. Карабановой и другими. В ходе экспериментальных исследований ими было доказано, что наиболее

эффективными мероприятиями по развитию эмоциональной сферы детей любого возраста, а также детей подросткового возраста с ЗПР, являются мероприятия, проводящиеся в виде – игр. Процесс игры оказывает особое влияние на чувства детей и взрослых, так как процесс игры сопровождается острым эмоциональным накалом, завораживает человека, вызывает волнение, азарт и восторг. С учетом проявления эмоционального поведения ребенка подросткового возраста с ЗПР, следует применять различные виды игр: сюжетно-ролевые, игры-драматизации, игра с правилами, и руководить игрой таким образом, чтобы нежелательные качества личности подростка с ЗПР или отрицательные эмоции успешно им преодолевались.

Большое коррекционное значение имеет, роль в игре, она может использоваться для изменения негативных качеств ребенка. При перестройке эмоционального опыта ребенка подросткового возраста с ЗПР, полезно обратиться к играм-драматизациям на темы поучительных рассказов. Разграниченность понятий добро и зло, наличие четких оценок поступков героев, присутствие положительных и отрицательных персонажей способствует тому, что в условиях игры на тему такого рассказа ребенок легче входит в роль, создает образ, допускает условность. Создание воображаемой ситуации обязательно требует связи с жизнью и с первичными представлениями о ней.

Благодаря применению подвижных сюжетных игр с правилами, создаются условия для проявления ребенком таких положительных качеств как решительность, находчивость, смекалка и так далее, но и других скрытых, негативных эмоциональных реакций, в результате происходит проигрывание, проживание и освобождение. А стойкости терапевтического эффекта способствует участие родителей в этих играх. Это также способствует тому, что у родителей возникает другая точка зрения на взаимоотношения с детьми. Именно в игровой деятельности они заново открывают для себя ребенка, но уже с другой стороны, познают его внутренний мир, в результате чего, взаимоотношения становятся более



теплыми и содержательными. Это помогает им лучше понять и принять друг друга [26].

Т. Н. Матанцева исследуя специфику становления личностной саморегуляции детей подросткового возраста с ЗПР в возрасте с 11 до 16 лет, приходит к выводу, что данное возрастное новообразование, рассматривается как фактор саморазвития данной категории детей. Она также разработала рекомендации по оптимизации становления личностной саморегуляции в образовательном процессе, которые будут представлены ниже.

Данный исследователь также отмечает, что понятие «личностная саморегуляция» напрямую связано со способностью человека регулировать свою психическую активность: эмоции, чувства, поведение. Таким образом, формирование данного компонента личности детей подросткового возраста с ЗПР способствует оптимизации эмоциональной сферы в целом.

В процессе оптимизации личностной саморегуляции у детей подросткового возраста с ЗПР в образовательном процессе, необходимо учитывать следующие:

1. Системный подход. Начиная с дошкольного возраста необходимо формировать «фундамент» для становления личностных структур, способствующих саморегуляции. Необходимо обеспечивать специальные психолого-педагогические условия для их формирования в дошкольном и младшем школьном возрасте:

- в дошкольном возрасте – развитие познавательной активности, формирование всех видов детской деятельности, привитие нравственных ориентиров, воспитание положительных личностных качеств;

- в младшем школьном возрасте – формирование общей способности к учению, самоконтроль в учебной деятельности, умение анализировать свою активность, закреплять осознание социальной роли школьника, развитием когнитивных способностей.

2. Принцип «замещающего онтогенеза». Необходимо доформирование психических функции, отвечающих за регуляцию, прежде всего рефлексии и

всех видов активности.

3. Учет возрастных возможностей и зоны ближайшего развития. Процесс формирования личностной саморегуляции у детей с ЗПР разнится на разных возрастных этапах, но основным путем развития является участие в общественно полезной деятельности, рефлексия данной деятельности и себя, анализ умений, способностей. Эффективны систематические, индивидуальные и групповые занятия, тренинги с психологом, направленные на позитивное самовосприятие [32].

Подводя итог всему вышеперечисленному, необходимо отметить, что только в тесном единстве родителей и педагога, и при соблюдении психолого-педагогических рекомендаций можно перестроить эмоциональную сферу ребенка подросткового возраста с ЗПР.

## ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Поводя итоги проделанной работы, необходимо отметить следующее:

1. В теоретической части данной работы проанализирована психолого-педагогическая литература, были установлены, рассмотрены и описаны особенности негативных эмоциональных состояний нормально развивающихся детей подросткового возраста и детей с ЗПР.

2. В части посвященной констатирующему этапу эксперимента был описан диагностический инструментарий, необходимый для определения особенностей негативных эмоциональных состояний у детей подросткового возраста с ЗПР. Описаны база исследования и контингент испытуемых. Был проведен анализ результатов констатирующего эксперимента, который позволяет сделать вывод о том, что лишь 45% обучающихся группы испытывают адекватные эмоциональные состояния, им свойственны уравновешенность, самообладание, склонность обдумывать свои действия. Таким образом, 55% обучающихся свойственны признаки сниженного уровня самоконтроля и высокой импульсивности, повышенная эмоциональная лабильность, частая смена настроений, либо доминирование сниженного настроения, что позволяет говорить о неадекватности их эмоциональных реакций.

При проведении анализа психолого-педагогической литературы и реализации констатирующего этапа эксперимента, стало очевидно, что дети подросткового возраста с ЗПР имеют психологические особенности. Поэтому, необходимо разрабатывать и воплощать в реальность коррекционные программы, направленные как на коррекцию и выработку приемлемых форм поведения, так и на формирование социально адаптированной личности.

3. В части планирования работы по коррекции эмоциональных отклонений был проведен обзор психологических направлений по преодолению негативных эмоциональных состояний у детей подросткового возраста с ЗПР и составлена программа коррекционных занятий и представлены методические рекомендации.

В ходе частичной апробации разработанной коррекционной программы и анализа динамики эмоциональных состояний у детей подросткового возраста с ЗПР по результатам коррекционной работы было выявлено, что 73% обучающихся группы испытывают адекватные эмоциональные состояния, что на 18% выше результатов первичной диагностики, им свойственны уравновешенность, самообладание, склонность обдумывать свои действия. Таким образом, 27% обучающихся, что на 18% ниже результатов первичной диагностики, свойственно испытывать негативные эмоциональные состояния (высокая импульсивность, повышенная эмоциональная лабильность, частые смены настроения, либо доминирование сниженного (повышенного) настроения), что позволяет говорить о неадекватности их эмоциональных реакций. Можно заключить, что данная коррекционная программа является эффективной.

Перспективой исследования может стать полное проведение коррекционной программы и анализ полученных результатов, внедрение данной ее в образовательные организации. Также одной из перспектив изучения данной проблемы может быть выявление других психологических особенностей детей подросткового возраста с ЗПР.

Цель работы достигнута, задачи реализованы, гипотеза подтверждена.

## СПИСОК ИСТОЧНИКОВ И ЛИТЕРАТУРЫ

1. Алексеева, Е. В. Наш проблемный подросток [Текст] : учеб. пособие. / Е. В. Алексеева, О. Е. Байтингер, О. Б. Долгинова, Б. А. Еремеев, А. В. Ермолин, А. Л. Лихтарников, М. Д. Маслов, Л. А. Регущ, П. И. Яничев. – СПб. : Союз, 1998. – 144 с.
2. Анохина, С. А. Стресс в подростковом возрасте [Текст] / С. А. Анохина // Вестник Санкт-Петербургского ун-та МВД России. – 2006. – № 4 (32). – С. 374-380.
3. Акарачкова, Е. С. Основы терапии и профилактики стресса и его последствий у детей и подростков [Текст] / Е. С. Акарачкова, С. В. Вершинина, О. В. Котова, И. В. Рябоконь // Вопросы современной педиатрии. – 2013. – № 3 (12). – С. 38-44.
4. Баева, И. А. Обеспечение психологической безопасности в образовательном учреждении [Текст] / И. А. Баева. – М. : Речь, 2006. – 288 с.
5. Беличева, С. А. Диагностика и коррекция социальной дезадаптации подростков [Текст] / С. А. Беличева. – М. : Ред.-издат. центр Консорциума «Социальное здоровье России», 1999. – 182 с.
6. Белов, В. Г. Фрустрация как предиктор девиантного поведения у подростков [Текст] / В. Г. Белов, Ю. А. Парфенов, Н. С. Малинина // Ученые записки. – 2011. – №11 (81). – С. 26-31.
7. Богатырева, Т. Л. Практическому психологу. Цикл занятий с подростками 10-12 лет [Текст] / Т. Л. Богатырева – М. : Педагогическое сообщество России, 2007. – 144 с.
8. Васильева, С. В. Некоторые аспекты социально-психологической адаптации старших подростков [Текст] / С. В. Васильева // Психология человека: Интегративный подход в психологии: Сборник научных трудов. – СПб. : РГПУ им. А. И. Герцена, 2004. – С. 30-63.

9. Власова, Т. А. Дети с задержкой психического развития [Текст] / под ред. Т. А. Власовой, В. И. Лубовского, Н. А. Цыпиной. – М. : Просвещение, 1984. – 119 с.
10. Гамезо, М. В. Общая психология [Текст] : учебно-методическое пособие / М. В. Гамезо, В. С. Герасимова, Д. А. Машурцева, Л. М. Орлова ; под ред. М. В. Гамезо. – М. : Ось-89, 2007. – 352 с.
11. Горячева, Н. Экология души [Текст] / Н. Горячева // Школьный психолог. – 2003. – № 23. – С. 45-50.
12. Давыдов, Д. Г. Применение теста «Стандартные прогрессивные матрицы Равена» в режиме ограничения времени [Текст] / Д. Г. Давыдов, Е. В. Чмыхова // Вопросы психологии. – 2016. – № 4. – С. 129-139.
13. Драгунский, В. В. Цветовой личностный тест [Текст]: практическое пособие / В. В. Драгунский. – МН. : Харвест, 1999. – 448 с.
14. Заширинская, О. В. Психология детей с задержкой психического развития : Изучение, социализация, психокоррекция : Хрестоматия [Текст] : учеб. пособие для студентов фак. психологии / Сост. О. В. Заширинская. – СПб. : Речь, 2003. – 432 с.
15. Зинкевич-Евстигнеева, Т. Д. Практикум по сказкотерапии [Текст] / Т. Д. Зинкевич-Евстигнеева. – СПб. : Речь, 2008. – 321 с.
16. Ильин, Е. П. Эмоции и чувства [Текст] / Е. П. Ильин. – СПб. : Питер, 2001. – 752 с.
17. Казанская, В. Г. Подросток. Трудности Взросления [Текст] / В. Г. Казанская. – СПб. ; Питер, 2008. – 240 с.
18. Киселева, М. В. Арт-терапия в работе с детьми: руководство для детских психологов, педагогов, врачей и специалистов, работающих с детьми [Текст] / М. В. Киселева. – СПб. : Речь, 2007. – 160 с.
19. Ковалев, В. В. Психиатрия детского возраста [Текст] / В. В. Ковалев. – М. : Медицина, 1995. – 558 с.
20. Колодич, Е. Н. Коррекция эмоциональных нарушений у детей и подростков [Текст] / учеб. пособие для студентов психологических

факультетов, практических психологов / Е. Н. Колодич. – Минск : РИПО, 1999. – 94 с.

21. Конева, И. А. К проблеме интегрированного обучения подростков с задержкой психического развития [Текст] / И. А. Конева // Приволжский научный вестник. – 2014. – Ч. 2. – С. 57-61.

22. Копытин, А. И. Арт-терапия [Текст] : хрестоматия / А. И. Копытин. – СПб. : Питер, 2001. – 320 с.

23. Копытин, А. И. Практикум по арт-терапии [Текст] / А. И. Копытин. – СПб. : Питер, 2001. – 448 с.

24. Кузнецова, Л. В. Основы специальной психологии [Текст] : учеб. пособие для студ. сред. пед. учеб. заведений / Л. В. Кузнецова, Л. И. Переслени, Л. И. Солнцева и др. ; под ред. Л. В. Кузнецовой. – М. : Академия, 2003. – 480 с.

25. Куприянов, Р. В. Психодиагностика стресса : практикум [Текст] / Р. В. Куприянов, Ю. М. Кузьмина. – Казань. : КНИТУ, 2012. – 212 с.

26. Лебединский, В. В. Эмоциональные нарушения в детском возрасте и их коррекция [Текст] / В. В. Лебединский, О. С. Никольская, Е. Р. Баенская, М. М. Либлинг. – М. : Альфа, 1990. – 201 с.

27. Лебедева, Л. Д. Практика Арт-терапии: подходы, диагностика, система занятий [Текст] / Л. Д. Лебедева. – СПб. : Речь, 2003. – 256 с.

28. Лендрет, Г. Л. Игровая терапия: искусство отношений [Текст] / Г. Л. Лендрет. – М. : Международная пед. академия, 1994. – 368 с.

29. Леонтьев А. Н. Проблемы развития психики [Текст] / А. Н. Леонтьев. – М. : Академии пед. наук РСФСР, 1981. – 345 с.

30. Мамайчук И. И. Психокоррекционные технологии для детей с проблемами в развитии. – СПб. : Речь, 2006. – 400 с.

31. Мархотин, П. Ю. Влияние психологического состояния на успешность учебной деятельности [Текст] / П. Ю. Мархотин // Социально-психологические аспекты взаимодействия и адаптации личности в социуме:

материалы международной межвузовской научно-практической конференции. – М. : ЮУрГУ, 2013. – С. 25-40.

32. Матанцева Т. Н. Личностная саморегуляция как фактор саморазвития подростков с задержкой психического развития [Текст] / Т. Н. Матанцева // Вестник Вятского государственного ун-та. – 2014. – № 11 – С. 255-260.

33. Матюхина, М. В. Возрастная и педагогическая психология [Текст] : учеб. пособие для студентов пед. ин-тов. / М. В. Матюхина, Т. С. Михальчик, Н. Ф. Прокина. – М. : Просвещение, 1984. – 256 с.

34. Одинцова, М. А. Я – целый мир [Текст] / М. А. Одинцова. – М. : Изд-во Ин-та психотерапии, 2004. – 208 с.

35. Пичугин, В. Г. Эмоциональная устойчивость [Текст] / В. Г. Пичугин. – М. : Вершина, 2009. – 256 с.

36. Пырьев, Е. А. Эмоциональные состояния, мотивирующие поведение человека [Текст] / Е. А. Пырьев // Известия Российского государственного пед. ун-та им. А. И. Герцена.– 2012. – № 133 – С. 288-293.

37. Ремшмидт, Х. Подростковый и юношеский возраст [Текст] / Х. Ремшмидт. – М. : Мир, 1994. – 320 с.

38. Родионов, В. А. Я и другие. Тренинги социальных навыков. Для учащихся 1-11 классов [Текст] / В. А. Родионов, М. А. Ступницкая, О. В. Кардашина. – Ярославль : Академия развития, 2003. – 224 с.

39. Романова, Е. С. К вопросу о социальном партнерстве в структуре модели психолого-педагогического сопровождения учащихся образовательных учреждений [Текст] / Е. С. Романова, И. В. Рябова, Л. Ю. Овчаренко, Б. М. Абушкин // Системная психология и социология. – 2013. – № 8. – С. 89-100.

40. Селиванова, Е. А. Проблемы эмоционального развития воспитанников детских домов [Текст] / Е. А. Селиванова // Вестник Костромского государственного ун-та им. Некрасова. – 2010. – Т. 16. – № 4. – С. 254-258.



41. Соломин, В. П. Психологическая безопасность [Текст] : учеб. пособие / В. П. Соломин. – М. : Дрофа, 2008. – 288 с.
42. Сухарева, Г. Е. Клинические лекции по психиатрии детского возраста [Текст] / Г. Е. Сухарева. – М. : Медицина, 1965. – 337 с.
43. Тайсон, Ф. Психоаналитические теории развития [Текст] / Ф. Тайсон, Р. Л. Тайсон ; под ред. М. В. Ромашкевича. – М. : Деловая книга, 1998. – 218 с.
44. Тарабан, Е. В. Выявление суицидального поведения у подростков [Текст] / Е. В. Тарабан // Психологические науки : теория и практика: материалы III междунар. науч. конф. (г. Москва, июнь 2015 г.). – М. : Буки – Веди, 2015. – 142 с.
45. Татаринцева, А. Ю. Куклотерапия в работе психолога, педагога и логопеда [Текст] / А. Ю. Татаринцева. – СПб. : Речь, 2006. – 102 с.
46. Тертель, А. Л. Психология. Курс лекций [Текст] : учебное пособие / А. Л. Тертель. – М. : Проспект, 2006. – 248 с.
47. Туревская, Е. И. Возрастная психология [Текст] / Е. И. Туревская – Тула : ТГПУ им. Л. Н. Толстого, 2002. – 48 с.
48. Черемнова, Е. Ю. Танцетерапия. Танцевально-оздоровительные методики [Текст] / Е. Ю. Черемнова. – М. : Феникс, 2008. – 144 с.
49. Шалимов, В. Ф. Клиника интеллектуальных нарушений [Текст] : учеб. пособие / В. Ф. Шалимов, Г. Р. Новикова. – М. : МБА, 2011. – 208 с.
50. Юдина, Н. Ю. Особенности детей подросткового возраста с задержкой психического развития [Текст] / Н. Ю. Юдина // Известия Волгоградского государственного пед. ун-та. – 2009. – № 9. – С. 131-134.